1877-30036.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

48

Année 1903 **THÈSE** N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Novembre 1903, à 1 heure

Par JACQUES TOUPET

Né à Senlis (Oise), le 28 février 1876

De l'OUVERTURE DES ABCÈS DE LA PROSTATE

Par la Voie périnéale

Président : M. F. GUYON, professeur.

Juges : MM. DE LAPERSONNE, professeur.
ALBARRAN, LANGLOIS, agrégés.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE
15 — Rue Racine — 15

1903

36871

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DÉJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	LANDOUZY. / HAYEM. / DIEULAFOY / DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. / DUPLAY. / LE DENTU / TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD. / BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL, Chef des travaux anatomiques
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BESANÇON.	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Auguste).	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (André).	GUIART.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNÉO.	JEANSELME.	RÉMY.	WALTER.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RENON.	WIDAL.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD	WURTZ.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES DE SAINT-VINCENT-DE-SENLIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Membre de l'Institut

INTRODUCTION

En prenant pour sujet de thèse l'ouverture des abcès de la prostate par la voie périnéale, nous n'avons pas eu la prétention d'apporter des idées nouvelles sur un sujet nouveau. Nous avons voulu seulement démontrer une fois encore que la voie périnéale était la meilleure, parce qu'elle s'applique sans exception à tous les cas, qu'elle permet de drainer toutes les fusées purulentes et de prévoir toutes les complications.

Il est regrettable qu'au lieu de chercher à simplifier cette méthode, on l'ait plutôt compliquée par des indications vagues et incomplètes. En l'absence de points de repère précis, il a pu arriver au praticien de se perdre dans les tissus périnéaux et d'avoir ainsi des insuccès dans l'intervention pour en avoir ensuite dans le drainage. Nous espérons démontrer qu'à la condition de suivre une technique ordonnée et méthodique, cette opération devient très simple et très facile, aussi simple et aussi facile, on peut le dire, que l'incision rectale elle-même.

Avant d'exposer cette technique, il nous a semblé utile de rappeler succinctement l'anatomie pathologique des abcès de la prostate et de montrer, surtout à propos de la situation soit glandulaire, soit extraglandulaire de ces abcès, qu'ils ne peuvent être sûrement atteints et bien drainés que par l'incision périnéale.

Nous dirons aussi un mot des symptômes. Il faut en effet un diagnostic ferme, afin d'intervenir sans hésitation et de faire bénéficier le malade d'une incision précoce et opportune. Il faut un diagnostic précis afin de déterminer d'une façon exacte les cas, très rares d'ailleurs, où on peut encore admettre soit l'abstention, soit l'incision rectale.

Enfin l'exposé de la technique sera utilement précédé d'un historique très court des traitements opératoires qu'on a successivement appliqués aux abcès de la prostate, depuis Velpeau et Chassaignac jusqu'à Guyon, Segond et Albarran. Cet exposé mettra en relief les progrès parallèles des méthodes de traitement et des connaissances anatomiques et montrera comment, ici comme partout d'ailleurs, à une science plus approfondie a correspondu aussitôt une thérapeutique meilleure.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous saisissons avec bonheur l'occasion qui nous est offerte de rendre ici à tous nos maîtres un témoignage public de reconnaissance.

Nous avons fait nos études de clinique médicale chez M. le docteur Landrieux, à l'hôpital Lariboisière, puis, en qualité d'externe, chez M. le docteur Beclère

à l'hôpital Saint-Antoine et chez M. le docteur Robin à l'hôpital de la Pitié.

Nous devons à M. le docteur Béclère le meilleur de nos connaissances cliniques : c'est aussi lui qui nous a appris tout le parti qu'on peut tirer dans la pratique journalière de l'emploi scientifique de la radioscopie.

M. le docteur Robin nous a rendu particulièrement intéressante l'étude ardue de la pathologie générale et celle si compliquée de la thérapeutique.

Nous ne pouvons oublier l'enseignement si bienveillant de M. le docteur Lepage, accoucheur de l'hôpital de la Pitié, dont nous avons été l'externe en 1898. En nous accordant, depuis plus de quatre années l'accès presque journalier de son service, il nous a permis de parfaire nos connaissances obstétricales et nous a donné de son estime et de son amitié une preuve qui nous est chère. Nos heures d'hôpital les meilleures et les plus fructueuses sont celles que nous avons passées à la maternité de la Pitié.

M. le docteur Lejars, a été pour nous plus qu'un maître. Après avoir été son externe à la maison Dubois, nous étions resté de loin son élève et parfois son très modeste collaborateur. Une circonstance récente nous l'a montré plein de bienveillance, de sollicitude et de dévouement. Il nous est impossible d'oublier la sympathie qu'il nous témoigna alors, et c'est aujourd'hui pour nous, en même temps qu'un devoir, un plaisir très doux que de l'assurer de notre dévouement et de notre profonde reconnaissance.

Dans ces derniers mois, nous avons suivi à l'hôpital

Necker, le beau service de M. le professeur Guyon. La connaissance des maladies des voies urinaires, trop souvent délaissée sous le faux prétexte qu'elle est une spécialité, est pour le praticien d'une importance si directe que nous avons tenu à lui consacrer une grande partie de notre dernière année d'études. C'est pendant le temps, malheureusement trop court, passé à l'hôpital Necker, que notre vieil ami, M. le docteur Pasteau, chef de clinique, nous a donné l'idée de ce travail et nous a aidé à recueillir les observations qu'il contient. Nous ne saurions trop le remercier pour les nombreux services qu'il nous a rendus et pour les conseils si sages, qu'en dehors même de notre thèse, il nous a toujours donnés.

Enfin, c'est encore à la fin de ce stage que, M. le professeur Guyon a accepté la présidence de notre thèse. Nous tenons à lui dire tout le prix que nous attachons à l'honneur qu'il a bien voulu nous faire et que nous lui en sommes très sincèrement reconnaissant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Abcès intraprostatiques. — « On peut diviser ces « abcès de la manière suivante : 1° prostatites folliculaires suppurées ; 2° abcès miliaires parenchymateux ; « 3° grands abcès. Le dernier terme de cette progression est constitué par la fonte purulente de toute la « glande et la caverne urineuse de la prostate de « Velpeau (1). »

Les prostatites folliculaires suppurées ne sont à vrai dire que des *pseudo-abcès*. Les canalicules et les acini remplis par l'épithélium enflammé et dégénéré s'obstruent et donnent naissance à des dilatations remplies de pus, mais dont la paroi est constituée, ainsi que l'ont bien montré Jadassohn et Finger, par l'épithélium des acini plus ou moins altéré. A cette phase, le tissu cellulaire interstitiel est à peine infiltré de quelques leucocytes mono et polynucléaires. C'est cette diapédèse des leucocytes envahissant le paren-

(1) MINET ; *Thèse Paris*, 1900, p. 33.

chyme qui va d'ailleurs donner naissance à la forme suivante.

Les abcès miliaires parenchymateux se forment ou bien, comme nous venons de le voir, dans les foyers interstitiels où il y a eu une forte diapédèse, ou bien, comme l'a montré Desnos, au niveau de petits foyers hémorrhagiques infectés. Isolés et peu nombreux, quand la glande résiste bien, ils peuvent l'envahir dans toute son étendue et se présenter alors au nombre d'une centaine. Le cas de Velpeau, si souvent reproduit, est bien net à cet égard. On trouva à l'autopsie que « la « prostate était aussi grosse qu'un œuf de poule et « renfermait une quantité de pus infiltré dans le « parenchyme et non rassemblé en foyer ; c'est-à-dire « que ce pus se présentait sous la forme de petits « grains disséminés au nombre de plusieurs centaines, « autour ou dans l'interstice des granulations de la « glande (1). »

En s'ouvrant les uns dans les autres, les abcès miliaires donnent naissance aux grands abcès. Ces derniers ont les dimensions les plus variables. Les observations consignées dans la thèse de Segond, dans celles de Lafond, de Blanquinque, de Minet, parlent « d'une cuillerée d'un pus phlegmoneux », de « quelques cuillerées », « d'un demi-verre de pus de bonne nature », de 160 à 180 grammes de pus (Thompson) et même de 200 grammes, comme dans un des cas rap-

(1) Velpeau, *Arch. gén. de méd.*, 5e *année*, t. XIV, p. 500, Paris, 1827.

portés par Zeller. Mais alors la prostate est complètement détruite et sa loge est devenue un vaste foyer purulent.

Quoiqu'il en soit, la suppuration peut avoir son *siège* dans toutes les parties de la glande, qu'il s'agisse de prostatite folliculaire, d'abcès miliaires, ou de grands abcès. A ce point de vue la division de Chassaignac en abcès sous-muqueux et en abcès profonds est toujours de mise, suivant qu'on rencontre la suppuration dans les glandes qui se trouvent immédiatement autour de l'urèthre ou dans celles plus éloignées qui constituent la prostate proprement dite.

Il y a lieu de faire ici une catégorie bien nette des abcès sous-muqueux dont la marche clinique est un peu différente et qui passent souvent inaperçus. M. Desnos en a fait l'objet d'une communication au Congrès d'urologie de 1899. C'est un abcès du même genre que signale M. Albarran : « J'ai même vu « un abcès de la grosseur d'un pois sur le lobe « médian, c'est-à-dire dans le groupe de glandes sous- « muqueuses du col (1). »

Les abcès situés en plein parenchyme occupent tantôt un seul lobe, tantôt les deux. Ils peuvent même occuper la glande toute entière. Heath, cité par Segond dans sa thèse, a signalé en 1873 la localisation d'un abcès dans la bande prostatique pré-uréthrale : cette localisation singulière n'a pas été observée depuis.

(1) Albarran, *Traité de chir. clin. et opérat. de* Le Dentu et Delbet; Paris, 1900, p. 534.

La formation des grands abcès par coalscence d'abcès plus petits, explique bien la diversité de *formes* de ces abcès. De parois très irrégulières, très anfractueuses, la cavité purulente est traversée de brides tantôt cellulaires, tantôt formées par les conduits glandulaires eux-mêmes. « On trouve toujours « des loges limitées par des frises, parfois entre les « cloisons existe un pertuis étroit qui fait communiquer « deux foyers mitoyens. » (Desnos). Parfois aussi la cloison peut être complète et étanche et les abcès sont nettement séparés. C'est ainsi que Routier (1) dut inciser chez le même malade par le rectum, un abcès de chaque lobe. Il importe de connaître l'existence de ces cloisons dont l'effondrement complet au moment de l'opération est une condition essentielle du succès. Nous verrons d'ailleurs que, malgré le succès de Routier dans le cas cité, le soin avec lequel il faut faire cet effondrement plaide en faveur de l'incision périnéale.

Au centre comme à la périphérie de la glande, la collection purulente entre en *rapports* avec les organes voisins. L'urèthre est diversement modifié par son voisinage avec l'abcès. Dans la grande majorité des cas, il existe une, deux ou trois ouvertures assez larges entre la poche et la cavité uréthrale. La pièce n° 19 du musée anatomo pathologique de M. le professeur Guyon, pièce très bien dessinée à la planche II de la thèse de Segond en est un exemple : on y voit trois ouvertures ovalaires très larges, séparées par

(1) In Lafont, *Thèse* Paris 1895; obs. V.

de petits ponts de muqueuse et situées à gauche du verumontanum.

Dans d'autres cas, il y a un très grand nombre de petits pertuis en pomme d'arrosoir. Enfin dans des cas beaucoup plus rares, l'urèthre peut rester indemne au milieu d'une poche purulente. C'est ce qu'on peut voir sur la pièce n° 55 du musée Guyon, pièce également dessinée à la planche III de la thèse de Segond. La prostate est transformée en une sorte de caverne qui entoure l'urèthre. La muqueuse urèthrale n'offre pas de solution de continuité et « l'urèthre indemne conserve sa forme tubulée au milieu du pus qui le baigne de toutes parts. »

Ce n'est là qu'une exception. Généralement l'urèthre est détruit par une vaste ulcération et nous voyons même dans une observation de Collinet (1), l'urèthre prostatique avoir complètement disparu, en sorte que l'urine pénétrait dans la poche et de là seulement dans l'urètrhe membraneux.

Quand l'abcès siège en plein parenchyme, il entre plutôt en rapport avec le rectum. Un grand nombre d'abcès viennent pointer sous la muqueuse rectale; c'est même pour M. Routier leur vrai mode de terminaison et c'est là que, pour se rapprocher de la nature il faut aller les opérer. Mais nous reviendrons sur ce rapport, à propos des abcès périprostatiques. Notons seulement que sur les 102 cas de Segond, s'il y a 64 ouvertures urèthrales, dont 35 dans l'urèthre seul, il n'y a que 30 ouvertures rectales, dont 18 dans le rectum seul.

(1) Collinet. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1888.

Si l'abcès ne pointe pas directement vers le rectum, il peut venir en contact plus haut en arrière, avec les vésicules séminales, la base de la vessie et le cul-de-sac prostato-péritonéal. C'est dans ces cas d'abcès haut situé que l'incision périnéale rend les plus grands services. En contournant grâce à elle, la face supérieure de la glande, on arrive à draîner même cette sorte d'abcès et l'on évite au malade les pires complications. Nous verrons un peu plus loin en effet la gravité des suppurations périprostatiques, quand elles prennent la direction des vésicules et du péritoine. (Voir obs. nos II, III, XVII, XVIII, XIX).

Dans ce dernier cas, le canaux éjaculateurs sont souvent altérés. Lallemand et Thompson, cités par Segond, notent que leur orifice urèthral est ulcéré et dilaté, leur muqueuse rouge et tomenteuse, qu'ils sont parfois disséqués et même détruits : « Le canal éjaculateur du côté droit traverse la poche, il est comme disséqué dans tout son trajet... le canal éjaculateur du côté gauche a disparu (1). »

Suppurations périprostatiques. — Bien que l'abcès périprostatique puisse être primitif, succédant à des lésions du rectum, des vésicules, etc... huit fois sur dix, d'après Campenon, il est consécutif à une lésion uréthro-prostatique.

L'envahissement peut se faire de deux manières :

(1) Thompson. *Traité pratique des mal. des voies urin.* Trad. franç. Paris 1874, p. 336.

où bien les tissus qui entourent la prostate et la prostate elle-même participent en même temps à la même phlegmasie et alors c'est le phlegmon diffus exceptionnellement grave ; ou bien l'abcès intraprostatique collecte se trouve à l'étroit dans la glande et fait irruption violemment ou petit à petit dans le tissu cellulaire voisin et c'est alors le phlegmon circonscrit, beaucoup plus fréquent et de pronostic bien moins sombre.

Nous laissons à de plus autorisés le soin de résoudre la question encore en litige des voies d'infection dans les périprostatites. Disons seulement que M. Guyon n'accorde que très peu d'importance aux voies veineuses et lymphatiques et incrimine avant tout la propagation directe par infection de proche en proche.

Les rapports de la prostate font bien comprendre la *situation* des abcès périprostatiques. En haut la vessie, en bas l'aponévrose moyenne opposent une barrière solide. Tout autour, au contraire, existe une mince couche de tissu cellulaire, presque nulle sur les faces latérales de la glande, mais plus épaisse en avant, au niveau du plexus de Santorini et surtout en arrière au niveau du rectum. C'est cette zone prérectale que la situation habituelle des abcès intraprostatiques dans les lobes de la glande met précisément en rapport avec le pus. Aussi, la périprostatite est-elle si fréquente en arrière que dans le langage ordinaire on entend couramment sous ce nom la périprostatite postérieure ou « rétroprostatite. »

Néanmoins la périprostatite suppurée qui se développe en arrière de la vessie, dans la région des vésicules, est une complication assez fréquente et assez

grave des abcès de la prostate pour mériter une mention spéciale.

A ces cas une seule méthode de traitement convient: c'est l'ouverture large par la voie périnéale. Nous verrons qu'il est impossible d'ouvrir et de drainer convenablement par le rectum une collection située aussi haut. Nous rapporterons le cas d'un malade atteint d'abcès rétrovésical, malade qu'on ne put opérer par le périnée, succombant rapidement avec une fièvre intense et du délire, malgré une incision rectale large, qui donna au moment de l'opération et dans la suite une abondante évacuation de pus. (V. obs. III).

Nous verrons au contraire le malade de l'Observation XVIII guérir d'un abcès semblable malgré une infection qui avait à tel point envahi les tissus rétrovésicaux, qu'il y eut par la plaie périnéale une élimination des deux vésicules.

Notons, la situation rare de la périprostatite sur les côtés de la prostate. (Obs. de Moysant, de Bail)et celle encore plus rare de l'abcès dans la région du plexus de Santorini.

Le *nombre des foyers* est variable, on en trouve généralement un seul, mais quelquefois deux ou trois. Le *volume* et la *forme* sont sujets à des variations considérables, on le conçoit aisément, suivant que l'abcès reste nettement localisé, ou qu'il fuse et s'étend.

Il faut cependant noter, comme assez fréquente, la forme en bissac de l'abcès rétroprostatique, communiquant avec la collection intraglandulaire. Cette communication entre les deux cavités purulentes se fait

généralement par un orifice à bords plus ou moins déchiquetés et anfractueux, dont l'existence est très importante à connaître, si on veut faire un bon drainage. Ici encore l'incision périnéale est la seule qui puisse donner toute sécurité surtout si l'orifice en question est situé très haut, à la base même de la prostate, ce qui est loin d'être rare.

Les collections périprostatiques abandonnées à elles-mêmes s'ouvrent souvent dans le rectum. Il est fréquent que l'ouverture ainsi survenue soit insuffisante et M. Albarran dit « qu'il a dû à plusieurs reprises inciser par le périnée des abcès prostatiques qui, depuis plusieurs jours, s'étaient ouverts dans le rectum. » (Voir observations IX et XV.)

L'ouverture dans l'urèthre est encore possible, soit par l'intermédiaire de l'abcès prostatique, soit que le pus contourne la glande pour venir jusqu'à l'urèthre membraneux. Il ne résulte pas toujours, ni même très fréquemment, une fistule urinaire de cette double ouverture, car les deux abcès intra et extraprostatiques peuvent ne pas communiquer entre eux.

La perforation du péritoine par le pus est une chose rare. Mais la péritonite par propagation, que le processus inflammatoire vienne de la prostate, des vésicules ou de la vessie, a été notée huit fois par Minet dans sa thèse. Il est bon d'ajouter que les cas recueillis par Minet sont tous anciens.

« La marche de l'abcès vers le périnée est loin d'être « rare, dit M. Albarran. La collection peut venir se « faire jour en trois points différents, juste auprès de

« l'anus, en avant de lui ou un peu en dehors de la « ligne médiane, ou bien plus loin en arrière au niveau « de la fosse ischio-rectale..... ; plus rarement le pus « fuse sous le muscle transverse superficiel et, rom- « pant le feuillet antérieur de l'aponévrose moyenne « vient faire saillie au périnée antérieur, à la racine « des bourses, dans le triangle ischio-bulbaire, d'où « des désordres assez graves » (1).

En dehors de ces différentes voies, on n'a plus affaire qu'à des exceptions. Segond les classe en marche rare (fusée inguinale ou obturatrice), en marche exceptionelle (ombilic, fesse, péritoine). Nous ne rappelons donc que pour mémoire les cas de Tillaux, de Dransart, de Faucon, Guyon et renvoyons pour leur étude à la thèse de Segond (2) et à celle de Minet (3).

Pour en terminer avec le chapitre de l'anatomie pathologique, nous dirons qu'après guérison des abcès de la prostate, il peut subsister un certain nombre de lésions. L'atrophie totale ou partielle de la glande est assez fréquente, ce qui se passe d'explication. Les troubles de l'éjaculation sont consécutifs aux lésions signalées plus haut des vésicules et des canaux éjaculateurs ou encore à la compression de ces organes par du tissu de cicatrice. Les rétrécissements de l'urèthre ne sont pas rares : il faut surtout signaler ceux du rectum, bien étudiés par MM. Kirmisson et Desnos.

(1) Albarran, loc. cit., p. 537.
(2) Segond. Th. Paris, 1880.
(3) Minet, Th. Paris, 1900.

SIGNES ET DIAGNOSTIC

« Il importe, dit Segond dans sa thèse, de distin-
« guer deux formes de prostatites : l'une, véritable
« phlegmon, conduisant rapidement à la suppuration,
« avec toutes les allures d'une phlegmasie franchement
« aiguë ; l'autre, suppurative à courte échéance comme
« la précédente, mais plus insidieuse et moins aiguë
« dans son évolution. »

L'abcès de forme insidieuse, ne se traduit que par des symptômes fonctionnels, souvent assez atténués pour qu'il soit impossible de porter un diagnostic ferme.

Au cours d'une blennorrhagie chronique, à la suite d'un excès de coït ou de boisson, un malade éprouve tout à coup une certaine gêne de la miction, des douleurs cuisantes au fond du canal pendant le passage de l'urine, de la tension périnéale. Il y a un peu de fièvre, parfois même un frisson. Le plus souvent, au bout de quelques jours, le malade a une ou deux mictions

mélangées de sang et de pus et tout peut rentrer dans l'ordre. C'est le cas des abcès sous-muqueux, dont M. Desnos a présenté au Congrès d'Urologie de 1899 une observation très caractéristique (1). Au point de vue clinique, ces petits abcès provoquent d'aussi grands troubles mictionnels que les grands, mais ils ne donnent que très peu de renseignements au toucher rectal et ne peuvent être que devinés ; leur durée est assez longue. Au point de vue étiologique, ils compliquent la blennorrhagie.

Bien que ces abcès ne soient pas très fréquents et que d'ordinaire les choses se passent beaucoup plus sérieusement, il faut ne pas ignorer le fait et ne jamais négliger dans les cas de ce genre, de pratiquer le toucher rectal. Tout individu atteint de chaude-pisse, éprouvant de la gêne périnéale, ou de la douleur pendant la miction, a plus forte raison s'il est pris de rétention, doit être immédiatement soumis à cet examen.

Enfin, il faut savoir que chez des vieillards qui se sondent eux-mêmes depuis longtemps ou qui ont de la cystite chronique, l'abcès de la prostate peut rester tout à fait insidieux, et ne présenter aucune réaction locale, tout en donnant lieu à un état général adynamique grave : ici encore c'est le toucher rectal qui renseignera le praticien, naturellement porté à chercher du côté de la vessie ou des reins l'explication des accidents. (V. obs. XIX, XX, XXI.)

(1) Minet, *Thèse*. Paris 1900, p. 73.

Dans l'abcès de forme aiguë, l'attention est attirée très vite vers la prostate, par des troubles fonctionnels violents : douleurs excessives de la miction et rétention d'urine plus ou moins complète.

L'urine ne peut en effet être évacuée qu'au prix de très grands efforts, coulant goutte à goutte et produisant par son passage au fond du canal une sensation de brûlure extrêment vive. Les mictions ne sont pas augmentées de fréquence ; elles sont surtout moins abondantes et la rétention peut devenir plus ou moins complète. Il y a alors une série de signes propres à cette rétention : tension hypogastrique, épreintes, anxiété, signes dont l'importance et la gravité peuvent au besoin commander une intervention d'urgence.

En dehors des mictions, il y a dans toute la région périnéo-rectale une sensation de pesanteur douloureuse extrêmement pénible pour le malade. La constipation est de règle, la défécation éveille des douleurs intolérables. Inappétence et état saburral de la langue, soif très vive, agitation et insomnie viennent compléter les tortures du patient.

La fièvre s'établit presque constamment à la suite d'un frisson plus ou moins prolongé ; l'ascension thermique est brusque mais ne dépasse généralement pas 39°. Sans oscillations sensibles pendant les premiers jours, la chute survient avec l'ouverture de l'abcès et est d'autant plus complète que l'abcès est plus largement ouvert.

Tous ces symptômes généraux et locaux permettent déjà de soupçonner très fortement l'abcès. L'exa-

men physique du malade va permettre au chirurgien de préciser son diagnostic.

Cet examen physique se réduit presque au toucher rectal. Le palper bi-manuel, d'une pratique déjà difficile chez les maigres, devient impossible chez les obèses et le cathétérisme n'est pas toujours sans inconvénients.

Pour bien faire le toucher rectal, il faut que le malade ait la vessie vide, si c'est possible, qu'il soit couché sur le dos, le bassin relevé et les cuisses fléchies. Après avoir examiné le périnée et s'être rendu compte de visu du degré de rougeur, d'œdème, de tension des téguments, le chirurgien introduit son index recouvert d'un protectif, dans l'anus. Il faut faire cette manœuvre avec lenteur et douceur.

La première remarque est relative à la température rectale qui est toujours fortement augmentée et aussi aux battements vasculaires très fréquents à la face antérieure du rectum et qui sont pour M. Albarran un bon signe que la suppuration est établie ou va s'établir.

Quand l'abcès est situé sous la muqueuse uréthrale, on ne peut le sentir, puisqu'il est séparé du doigt par toute l'épaisseur de la glande. Mais il est rare que la prostate ne soit pas augmentée de volume, et si l'abcès est déjà ouvert, la pression exercée sur la glande par le rectum fait sourdre à l'hurèthre une plus ou moins grande quantité d'un pus crémeux. qu'on ne peut confondre avec l'écoulement urèthral en cours.

Lorsque l'abcès est en plein parenchyme, le lobe atteint, nettement augmenté de volume, se présente sous le doigt, gros, tendu, élastique, et si l'abcès n'est pas éloigné du rectum et bien collecté, le doigt semble déprimer, dit M. Guyon « un morceau d'étoffe peu épaisse et souple, mal tendue sur un cadre épais et dur ».

Dans la majorité des cas, on n'éprouve qu'une sensation d'élasticité un peu vague, celle « d'un morceau de caoutchouc peu épais se laissant refouler facilement et revenant rapidement à sa position première » (Albarran). La véritable fluctuation est rare et ne se rencontre que dans les grandes collections bien limitées.

Apprécier le volume d'un abcès est chose très difficile. Si la vessie a pu être facilement vidée, et que la paroi abdominale soit dépressible, le double palper peut rendre les plus grands services. On peut en effet par ce procédé examiner la partie de la glande qui est en contact avec la vessie et les vésicules, région que nous avons vue être assez souvent le siège de complications purulentes.

L'explorateur à boule, en permettant d'apprécier la longueur du canal et de savoir jusqu'où est remonté le col vésical, donne aussi des renseignements utiles. Mais il faut souvent s'abstenir de faire cette dernière recherche. Outre qu'elle peut être assez douloureuse, elle risque d'être inutile et surtout dangereuse. Les fausses routes ou tout au moins les déchirures sont faciles au milieu de tissus enflammés, privés de leur

élasticité et de leur souplesse normales. On peut crever l'abcès en passant, et cette ouverture accidentelle dans l'urèthre, au lieu d'être un mode de traitement, devient le plus souvent une complication.

On ne doit terminer un toucher rectal qu'après avoir tiré de cette manœuvre tous les renseignements utiles. Diagnostic du siège, diagnostic du volume se compléteront donc par le diagnostic des fusées purulentes, de l'extension aux tissus périprostatiques, aux vésicules séminales, de l'état des canaux déférents.

Il faut savoir que la périprostatite suppurée, qui vient compliquer un abcès de la prostate, n'augmente presque jamais les troubles de la miction. Seulement la défécation devient horriblement pénible et les douleurs périnéales deviennent plus lancinantes. Surtout la fièvre augmente. L'état général rappelle de plus en plus celui du phlegmon diffus, et la septicémie généralisée ou l'infection purulente peuvent survenir. C'est dans ces cas graves, qu'on assiste à la production de ces fusées purulentes dont nous avons déjà parlé et qui viennent s'ouvrir à la peau après les trajets les plus bizarres.

Nous ne pouvons faire ici une étude complète des symptômes des périprostatites suppurées. Chacune d'elles a son aspect clinique particulier et c'est en faisant la discussion sérieuse de chaque cas, qu'on peut, plus ou moins facilement, arriver au diagnostic précis.

Que devient l'abcès prostatique une fois qu'il est collecté?

« Ce qu'il faut retenir, dit Segond, c'est que l'abcès « une fois formé, le pus tend à se faire jour au-dehors. « Voilà la règle. »

Si l'abcès reste nettement intraprostatique, *l'ouverture dans l'urèthre* est presque une règle. Lafont, s'appuyant sur les statistiques de Campenon et de Segond, a noté pour 104 abcès prostatiques ayant eu une ouverture spontanée, 73 ouvertures uréthrales.

Pendant le cathétérisme quelquefois, souvent à l'occasion d'un effort, accès de toux ou défécation, la collection crève dans l'urèthre. Arrêté par le sphincter membraneux, le pus n'est rendu à l'extérieur que pendant les mictions, chassé par l'urine. Dans l'intervalle des mictions, il s'accumule dans la portion membraneuse du conduit urèthral et est expulsé, à des intervalles variables par une sorte d'éjaculation. Cette ouverture dans l'urèthre ne comporte un bon pronostic que si elle est précoce et si l'abcès est peu volumineux. Dans le cas contraire, le pronostic devient beaucoup plus grave. La température reste élevée, l'état général mauvais et sans parler du phlegmon diffus ou de la pyohémie toujours possibles, on peut voir survenir des phénomènes de diffusion avec trajets fistuleux et caverne prostatique consécutive.

Si le pus franchit la loge prostatique, c'est le plus souvent en arrière qu'il se dirige, vers le rectum. *L'ouverture de l'abcès dans le rectum* ne se fait jamais, sans qu'il y ait une participation du tissu cellulaire rétroprostatique au processus inflammatoire. En fait, il y a

presque toujours périprostatite. Et souvent cette périprostatite suppure à son tour.

Le pus se dirige alors vers les points faibles de la région : vers la muqueuse rectale d'abord, vers le périnée ensuite, puis vers les fosses ischio-rectales. Du côté du péritoine, il est généralement barré par du tissu cellulaire sous-péritonéal épaissi et adhérent.

Ici, l'ouverture par l'urèthre est encore possible. Mais elle devient, on le conçoit, d'un pronostic tout à fait mauvais, car l'orifice uréthral n'est plus suffisant pour drainer à la fois la poche intraprostatique et la poche extraprostatique.

L'ouverture au rectum, tout en donnant des résultats meilleurs, est coupable de la même insuffisance. Il y a encore ici abcès en bissac ou en bouton de chemise et évacuation lente et incomplète.

L'ouverture simultanée, dans l'urèthre et dans le rectum est d'un pronostic également sérieux, l'établissement d'une fistule pouvant être définitif.

Enfin les fusées purulentes du côté des fosses ischio-rectales, des trous obturateurs, du périnée antérieur, des régions inguinales sont des complications qui, pour être rares, n'en sont que plus sévères.

Donc, de quelque côté qu'évolue un abcès prostatique abandonné à lui-même, et à part les guérisons spontanées en somme rares et dont on ne peut jamais dire sûrement qu'elle sont définitives, on ne trouve que des complications ou des terminaisons désastreuses.

Il ne faut donc pas laisser évoluer tout seul un

abcès prostatique. Il faut, dès qu'il est formé, donner au pus une issue large et complète, permettant l'évacuation entière de la poche, le rapprochement facile de ses parois et la cicatrisation rationnelle de la caverne. C'est ce qu'on peut obtenir par un traitement chirurgical bien dirigé.

TRAITEMENT

Il y a lieu ici de revenir en arrière et de voir comment se sont comportées, en face des abcès prostatiques, les générations chirurgicales qui nous ont précédé.

Dans une première période, le praticien est avant tout préoccupé de faire le minimum d'interventions. C'est le temps où l'on recherche l'ouverture de l'abcès dans l'urèthre ou dans le rectum. A cet effet, on se sert de sondes à bout conique dur (Velpeau) qu'on pousse contre la prostate, préalablement maintenue par un doigt placé dans le rectum, ou encore l'on s'efforce, à l'aide de l'ongle de déchirer la muqueuse rectale et de frayer ainsi au pus un chemin vers l'intestin. C'est encore le temps où Otto Stoll préconise la ponction périnéale à l'aide d'un trocart, poussé au hasard dans la direction de l'abcès. On n'ose pas ouvrir le périnée. Pour que le chirurgien s'y résigne, il faut que le pus ait cheminé jusqu'à la peau et que des fusées purulentes soient venues bomber à la région périnéale.

Encore se borne-t-on à la simple incision des téguments.

Une pareille thérapeutique est jugée par ses résultats. Qu'on lise les observations de cette époque, celles de Desprès, Dransart, Dubreuil, Lallemant, Otto Stoll, Thompson consignées dans la thèse de Segond ; la terminaison par guérison rapide est rare. Mort par infection purulente, mort par péritonite, mort par pyélonéphrite, mort par érysipèle, mort par abcès métastatiques du poumon, sont chose assez fréquente. Dans les bons cas, la guérison survient au bout de 7 semaines, de 5 mois, de 8 mois. Le plus souvent, elle est incomplète : il reste des fistules, des troubles de la miction ou de l'émission du sperme, etc.

Dans une seconde période, le chirurgien est devenu éclectique. Suivant le siège de l'abcès il emploie indifféremment l'une ou l'autre des voies d'accès à la prostate.

Si l'abcès fait saillie dans le canal, on cherche à l'ouvrir au moyen de la sonde. Mais Segond repousse déjà la sonde à bout conique de Velpeau, disant que son emploi ne peut être légitimé que par l'épaisseur des tissus à traverser et que c'est justement dans les cas où l'abcès n'est pas sous-muqueux que l'ouverture par le canal est contre indiquée.

Quand l'abcès a des tendances à se faire jour en arrière, on pratique l'incision rectale. Après avoir introduit l'index gauche dans le rectum, « on prend de la « main droite un bistouri droit ordinaire, dont la pointe « cachée dans une boulette de cire est en outre limitée

« par quelques tours d'une bandelette de diachylon. « On glisse à plat sur l'index gauche, l'instrument « ainsi préparé, puis, abaissant le manche et relevant « la pointe que la pulpe du doigt pousse et dirige, » on pratique une incision aussi étendue que possible « à la poche fluctuante. » C'est la méthode préconisée par M. Guyon et rapportée par Segond dans sa thèse.

Enfin, dans les gros abcès, quand le diagnostic est absolument ferme, on pratique l'incision par le périnée. M. Segond recommande une « incision hardie, « réunissant par ses dimensions toutes les conditions « nécessaires au libre écoulement du pus. » Mais, tout en reconnaissant à cette méthode de grands avantages il ne peut s'empêcher d'ajouter qu'on « ne saurait « fendre de parti pris le périnée d'un malade » sans s'être entouré de toutes les garanties qui rendent le diagnostic absolument certain. Il ne fait l'opération périnéale qu'avec une certaine réserve, trop tard sans doute quelquefois. Cinq ans après, il est vrai, Segond fait à la société de chirurgie une communication sur les avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et périprostatiques (1). En même temps, Guillain fait sa thèse inaugurale sur le traitement des abcès prostatiques et périprostatiques par l'incision périnéale (2). Bref, les chirurgiens marquent une tendance nette à abandonner les voies obs-

(1) Segond, *Bull. et Mem. de la Soc. de Chir.*, 1885, t. XI, p. 532.
(2) A. Guilain. Th. Paris, 1885.

cures de l'urèthre et du rectum pour l'incision périnéale large et hardie.

Actuellement, la voie urèthrale est complètement abandonnée. Elle vide mal l'abcès par un orifice trop étroit, qui se ferme, s'ouvre de nouveau pour se fermer encore. Elle oblige à la pratique des lavages ou de l'expression prostatique par massage. Ainsi combinée à ces deux modes de traitement, elle peut encore donner d'assez bons résultats, mais la guérison complète est toujours longue, souvent précaire ; elle exige de la part du malade une patience dont il est rarement capable, trop heureux qu'il est d'abandonner son traitement à la première amélioration. Enfin elle ne s'adresse qu'aux abcès sous muqueux et n'est possible qu'à la condition d'être très précoce.

La voie rectale a conservé ses partisans. En 1895, Lafont, inspiré par son maître Routier, plaide, dans sa thèse inaugurale, en faveur de l'incision rectale dans le traitement des abcès chauds de la prostate et y rapporte un certain nombre de cas heureux, terminés par une guérison rapide. M. Routier lui-même fait paraître dans la *Presse médicale* un article important sur le même sujet (1).

Il est absolument certain que l'opération pratiquée par M. Routier est assez différente de la technique indiquée par Segond dans sa thèse. Voici d'ailleurs comment elle est exposée par son auteur dans le numéro précité de la *Presse médicale* :

(1) Routier. *Presse Médicale.* 14 fév. 1900.

« Au lieu de donner du chloroforme à mon malade, je me contente de l'anesthésie au bromure d'éthyle ; elle est plus courte, mais beaucoup plus rapide.

« Le malade est purgé la veille, et prend un grand lavement le matin du jour où il doit être opéré.

« Le malade une fois endormi au bromure d'éthyle est couché sur le côté droit, je fais la dilatation du sphincter avec le spéculum de Trélat; par un grand courant d'eau boriquée ou naphtolée, je lave largement le rectum ; avec une valve de Sims, je fais écarter la paroi postérieure. On a à sa gauche et sous les yeux, la paroi antérieure.

« Par l'examen du malade, précédemment fait, on sait où est l'abcès, à droite ou à gauche ; on sait s'il y en a deux ; on cherche à nouveau cette ou ces tuméfactions ; vous savez qne je vous ai dit que cette recherche était alors beaucoup plus difficile, elle est cependant possible ; le siège de l'abcès bien déterminé, on tâte légèrement pour s'assurer qu'il n'y a pas d'artère qui batte ; cette artère, du reste, si elle était coupée, serait très facile à lier, et on incise hardiment avec un bistouri dans une étendue de 2 à 3 centimètres.

« Le pus jaillit à flots ; le doigt pénètre dans la cavité de l'abcès, y guide une canule par laquelle vous lavez bien les parois de la cavité, et vous tamponnez à la gaze iodoformée ou stérilisée.

« Dès le quatrième jour, le malade va à la selle ; le tampon tombe le plus souvent pendant cette opération, et le lendemain vous pouvez, par le toucher, constater que votre incision est représentée par une

dépression de la muqueuse, dans laquelle le doigt ne peut plus pénétrer. Dès lors, le malade se croit guéri, ne souffre plus ; et, le huitième jour, tout est réellement bien fini. »

Cette citation fait bien comprendre le perfectionnement apporté par M. Routier et elle explique les succès dont s'enorgueillit la méthode. L'emploi du spéculum et de la valve de Sims permet d'agir presque à ciel ouvert, de pincer le vaisseau qui saignerait, de faire une incision aussi large qu'on veut. Tout cela est vrai et peut-être convient-il, à l'exemple de M. Guyon, qui fut, comme nous venons de le voir, un des premiers à employer l'incision rectale, mais qui s'en détache aujourd'hui de plus en plus, d'accorder à l'incision rectale ainsi pratiquée, un certain crédit dans les cas simples, où le diagnostic a été fait très tôt et où l'abcès est bien circonscrit à la face postérieure de la glande. Il reste néanmoins vrai qu'à beaucoup de points de vue et même dans les cas simples, l'incision rectale est inférieure à l'incision par le périnée.

Et d'abord, a-t-on jamais le droit de dire qu'on a affaire à un abcès petit et bien circonscrit?

Nous avons dit plus haut quelle est la difficulté du diagnostic, quand on cherche à reconnaître la situation exacte et le volume de l'abcès. Les observations sont nombreuses où l'opérateur est tombé sur une poche bien plus vaste qu'il ne l'avait prévue.

Dans notre observation II, les symptômes généraux et l'examen local font croire *à la possibilité d'un petit abcès prostatique*. En effet, l'incision de la glande

amène une demi-cuiller de pus. Mais en effondrant avec le doigt quelques cloisons, on pénètre dans une cavité rétrovésicale *non soupçonnée* et d'où s'écoule un demi-litre de pus.

Dans l'observation I, la saillie rectale grosse, volumineuse, indique un ramolissement de la glande à gauche et au centre : on trouve en plus, à l'incision, un vaste abcès rétrovésical.

Dans l'observation XVII, les contours de la prostate sont nets *et on n'a pas la sensation d'un abcès périprostatique :* cependant le malade élimine ses deux vésicules au milieu d'un flot de pus, deux jours après l'incision.

Il est certain que l'incision rectale faite dans ces cas aurait donné de très mauvais résultats. Le malade de l'observation III, opéré par le rectum, parce qu'on n'avait pu faire autrement, est pris de fièvre intense avec délire et aggravation de l'état général et meurt au bout de quelques jours.

L'incision rectale a un autre inconvénient. Au lieu de drainer l'abcès à l'extérieur, elle le draine, même après des lavages minutieux, dans une cavité septique. Les échanges qui peuvent se faire et qui se font certainement de l'une à l'autre cavité n'ont rien de favorable pour aucune d'elles.

Le reproche qu'on a fait à la méthode rectale d'exposer aux fistules uréthro-rectales n'est pas moins mérité. On verra à l'observation XVIII, comment un malade, incisé par le rectum, s'aperçut au bout de trois jours qu'il rendait de l'urine par l'anus. Il fallut

faire alors une incision périnéale qui amena la guérison de la fistule.

Il est certain que l'incision périnéale peut être elle-même suivie de fistule périnéale. Mais ces dernières sont faciles à guérir et elles n'incriminent en rien la méthode. (V. obs. IV, XIV, XV, XVI.)

Enfin, nous dirons avec Minet, que pratiquée d'après la méthode de M. Routier, l'incision rectale constitue une opération importante et qui n'est pas beaucoup plus simple que l'incision périnéale dont nous allons exposer la technique.

Nous dirons qu'elle paraît tenir son succès, bien moins de son efficacité réelle, que de la précocité du diagnostic et de l'intervention et que de la bénignité des cas observés.

Nous dirons enfin que puisque la grande indication est d'assurer l'écoulement large et libre du pus, c'est revenir en arrière que d'aller le chercher par une voie aussi indirecte et aussi septique que le rectum et qu'il n'y a vraiment que l'incision périnéale pour être capable d'atteindre ce pus jusque derrière la prostate, jusque derrière la vessie et, une fois ce pus atteint, de l'amener à l'extérieur par une voie vraiment large et absolument déclive.

MANUEL OPÉRATOIRE

Il nous reste à étudier le manuel opératoire et à présenter une technique aussi simple, aussi méthodique que possible et telle que tout praticien puisse sans hésitation et à coup sûr pénétrer jusqu'à l'abcès par la voie périnéale.

Voici comment M. Chevalier expose en 1899 (1) la technique de l'incision par le périnée : « Introduisez l'index gauche dans le rectum ; accrochez la lèvre postérieure de l'incision avec le pouce gauche, attirez-la en arrière ; tendez le sphincter et coupez ses fibres antérieures ; *évitez le bulbe de l'urèthre* qui reste en avant. Vous découvrez alors les parties profondes ; *prenez la sonde cannelée ;* avec elle, décollez le bulbe, disséquez la paroi antérieure du rectum que vous présente l'index gauche : vous arrivez au foyer purulent, que *vous ouvrez avec la sonde cannelée*, de suite, s'il est gros, ou après avoir abaissé la prostate avec le doigt rectal, s'il est petit. »

(1) Chevalier, *Chirurgie des voies urinaires*. Baillière et fils, Paris, 1899, p. 120.

Un peu plus tard, en 1902, MM. Monod et Vanverts, exposent de la manière suivante le moyen d'ouvrir par le périnée un abcès de la prostate (1) : « L'index gauche, recouvert d'un doigtier, étant introduit dans le rectum — où il restera jusqu'à la fin de l'opération — on fait, à 1 centimètre en avant de l'anus, une incision cutanée concave en arrière, longue de 3 à 4 centimètres. Les tissus sous-jacents, — centre fibreux du périnée — sont incisés suivant le même trajet, avec prudence, jusqu'à ce qu'on ait atteint et reconnu le bulbe, que l'on dégage par section des fibres les plus antérieures du sphincter externe. A ce moment, on abandonne le bistouri. C'est au doigt qu'on doit achever le décollement du rectum, en poussant jusqu'à la prostate. »

On voit qu'il s'agit du même procédé, avec cette différence que dans la deuxième manière on se sert, pour pénétrer vers la prostate après section du sphincter externe, du doigt au lieu de la sonde cannelée. C'est, de fait, le premier temps de la taille prérectale.

Bien que cette technique ne soit pas mauvaise et qu'en somme elle ait été suffisante pendant longtemps pour opérer — et opérer avec succès — de nombreux malades, elle est cependant susceptible d'un certain nombre de reproches.

Il y a d'abord quelque inconvénient à introduire l'index dans le rectum, parce que la main gauche de l'opérateur, devenue septique, est de ce fait immo-

(1) Monod et Vanverts. *Traité de technique opératoire.* Masson, Paris, 1902, t. II, p. 687.

bilisée. M. Monod ajoute bien, d'ailleurs : « où il restera jusqu'à la fin de l'opération. »

En second lieu, le fait de chercher à gagner la prostate, en dilacérant les tissus avec le doigt ou la sonde, aussitôt qu'on a coupé le raphé ano-bulbaire et sans points de repère précis, constitue un procédé d'une exécution hasardeuse et que le praticien non exercé hésite avec raison à employer. Nous avons, pour notre part, complètement échoué sur le cadavre, quand nous avons voulu, pour la première fois et sans autre méthode, découvrir la prostate.

Si l'on réussit d'ailleurs à aborder la glande, on risque de passer à côté de l'abcès ou d'un abcès secondaire, parce qu'on a une ouverture trop petite qui ne donne pas assez de jour. Voici pourquoi :

Lorsqu'on jette les yeux sur notre figure 1, on voit aussitôt que le rectum n'est pas seulement rattaché au bulbe par les fibres antérieures du sphincter externe et qu'il ne suffit pas de couper ces fibres pour parvenir aussitôt sur la prostate. Le rectum est encore rattaché à l'urèthre, dans un plan plus profond, par une série de faisceaux musculo-aponévrotiques au milieu desquels se trouve le « muscle recto-uréthral » de Henle. Une fois qu'on a coupé les fibres superficielles ano-bulbaires, il reste donc, pour libérer le rectum et pénétrer facilement dans la profondeur, à inciser cette cloison vaginale inter uréthro-rectale.

Le doigt ou la sonde cannelée sont incapables d'effectuer convenablement ce nouveau temps opératoire, qui est cependant nécessaire, si l'on veut

avoir beaucoup de jour et voir largement ce qu'on fait.

C'est ici qu'apparaît l'importance des travaux qui ont été accomplis depuis quelques années sur la question, par Dittel, Albarran, Proust et Gosset. Nous avons puisé surtout dans les publications de ces derniers auteurs et plus particulièrement dans un article de la *Presse médicale* du 15 octobre 1902, et dans le *Manuel de la prostatectomie périnéale* (1) :

« La nécessité des petites incisions, dit Proust, n'est pas inéluctable, et les nombreux écueils du périnée ne doivent pas contraindre le chirurgien à rester enfermé dans le cadre étroit que les anciens lui avaient assigné. Rien n'est plus facile que d'éviter le rectum, mais à condition de le reconnaître, et maintenant qu'on doit faire la chirurgie périnéale largement en s'éclairant de valves puissantes, c'est l'aspect des organes qu'il faut connaître ; la règle n'est pas de calculer une incision prudente qui les évite sans les voir, mais de marcher droit à eux, de les reconnaître pour ne pas les blesser, de les disséquer largement pour les récliner ; aussi dans l'anatomie du périnée, deux choses sont-elles à rechercher à ce point de vue : *des points de repère, des zones décollables* (2). »

(1) R. Proust. Technique de l'incision prérectale appliquée à la chirurgie génitale chez l'homme (Prostatectomie et Spermacystectomie). *Presse médicale*, 15. oct. 1902, p. 987.

R. Proust. *Manuel de la prostatectomie périnéale pour hypertrophie*. Naud, Paris, 1903.

(2) R. Proust. *Loc. cit. Presse méd.*

C'est sur la connaissance de ces points de repère et de ces zones décollables qu'Albarran et Proust ont basé leur technique de la prostatectomie, et c'est grâce à cette technique que l'opération compte aujourd'hui tant de succès.

Mais puisque la méthode était bonne pour une prostatectomie, elle pouvait et devait l'être pour une prosta-

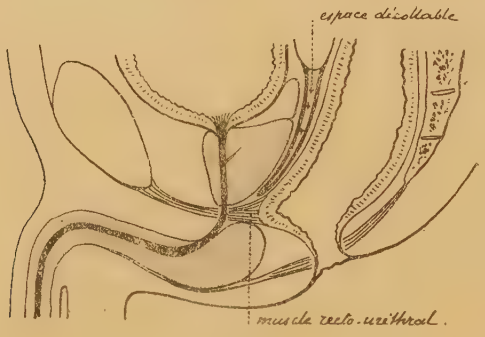

Fig. 1.

Coupe schématique antéro-postérieure du bassin ; on voit les faisceaux qui unissent l'urèthre au rectum et qui sont ici disposés schématiquement en deux plans superficiels et profonds, mais qui, en réalité se continuent toujours plus ou moins l'un avec l'autre.

totomie. C'est pourquoi nous avons vu dans le service de M. le professeur Guyon, à Necker, le docteur Pasteau, puis les internes opérer les abcès de la prostate par la voie périnéale en utilisant les mêmes points de repère chirurgicaux.

C'est ce dernier manuel opératoire que nous allons décrire ici, en montrant aussi simplement et aussi pratiquement que possible, les différents temps qu'il comporte si l'on veut que l'opération soit bien faite, c'est-à-dire faite anatomiquement et largement.

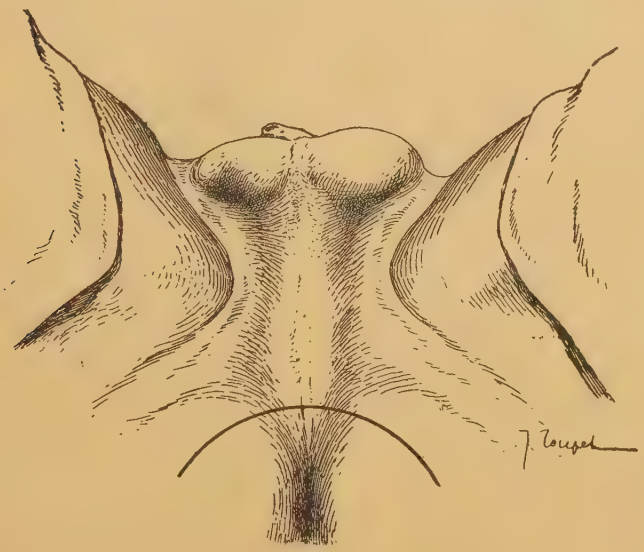

FIG. 2.
Tracé de l'incision préanale.

1er TEMPS : *Tracé de l'incision et découverte du bulbe.* — Le malade est mis dans la position de la taille, les jambes très fortement fléchies sur le bassin, de façon à mettre le périnée le plus près possible de la situation horizontale.

Après avoir reconnu le bulbe à travers les téguments,

grâce aux dépressions post et juxta-bulbaires, on incise, suivant un tracé concave en arrière, à deux travers de doigt en avant de l'anus (fig. 2), la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On libère la lèvre infé-

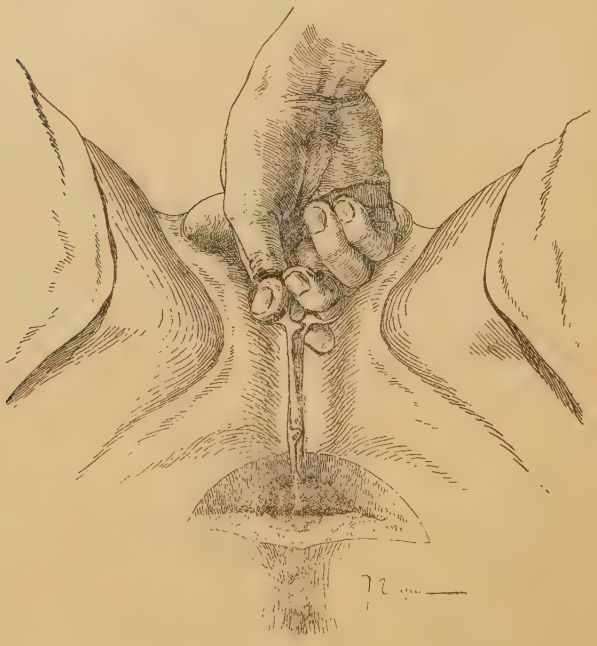

Fig. 3.

Le bulbe a été découvert ; une première pince de Kocher, placée sur le raphé médian, attire le bulbe en haut.

rieure de l'incision, et on voit aussitôt se dessiner sur la ligne médiane les fibres en pennes du bulbo caverneux. Une pince de Kocher est placée au niveau de la

ligne médiane sur le bulbe qu'elle attire en haut. On libère, en s'aidant du bistouri, la partie renflée du bulbe des formations musculo-aponévrotiques qui le relient à l'anus (fig. 3).

Aussitôt que le bulbe est suffisamment relevé, on place une deuxième pince en arrière de la première et toujours juste sur la ligne médiane, et on continue le décollement. On traverse ainsi tout le plan périnéal superficiel en laissant en arrière les fibresantérieures du sphincter externe et le noyau fibreux central du périnée. On a à ce moment devant les yeux une plaie que les pinces qui tirent en haut rendent triangulaire ; dans l'aire du triangle se trouve la portion périnéale du rectum.

2e Temps : *Section du muscle recto-uréthral.* — Faites tirer sur les pinces, en même temps que vous appuyez sur la lèvre inférieure de l'incision ; un coup de doigt à droite et à gauche dans la profondeur et vous voyezse tendre sur la ligne médiane une bandelette musculo-fibreuse antéro-postérieure placée de champ : c'est votre muscle recto-uréthral : c'est lui qui tient l'ampoule rectale amarrée à l'aponévrose moyenne et l'attire dans votre champ opératoire ; c'est lui qu'il faut inciser pour rejeter le rectum en arrière et pouvoir sans difficulté aller plus profondément.

Le mieux est de l'inciser au bistouri (fig. 4). Mais il faut savoir que si l'on coupe droit devant soi, on risque de pénétrer dans l'ampoule ; il faut inciser en haut, le plus près possible de l'urèthre et d'autant plus haut que

le malade a les jambes moins relevées. Les raisons de cette précaution s'expliquent d'elles-mêmes si l'on consulte notre figure 1

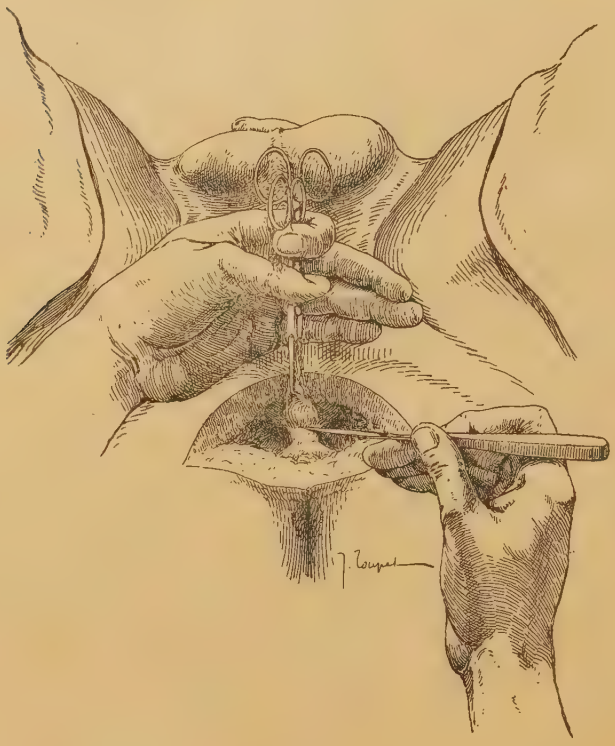

FIG. 4.

Le bulbe, fixé par une seconde pince placée plus profondément, est toujours attiré en haut. Le bistouri entame, immédiatement en arrière de lui, les faisceaux profonds recto-uréthraux.

Après section de cette formation fibreuse, véritable « clef de l'espace décollable », on doit voir l'anus et

le rectum se mobiliser en bas : le doigt pénètre alors dans une sorte de bourse séreuse, dont les parois mollement unies se laissent facilement séparer.

Fig. 5.

Un écarteur isole le rectum en arrière ; l'abcès prostatique est ouvert directement.

Il ne doit y avoir aucun saignement. L'hémorrahgie

prouve qu'on a coupé trop en arrière et qu'on a pénétré dans la fausse zone décollable dont parle Proust et qui est située entre la musculeuse du rectum et l'aponévrose qui la recouvre. L'hémorrhagie est un meilleur signe de fausse route que la difficulté de décollement : car on rencontre cette difficulté dans certains cas de périprostatite, et bien qu'on soit dans la bonne voie.

Il ne reste plus qu'à à agrandir aux doigts l'espace rétroprostatique et pousser le décollement aussi profondément que possible.

3e Temps : *Isolement du rectum et ouverture de l'abcès.* — On place alors une valve postéro-inférieure sur le rectum. Convenablement placée et maintenue, cette valve doit tirer en arrière et en bas toute la région recto-coccygienne et découvrir largement la paroi antérieure de l'espace décollable, et la prostate.

Celle-ci est mise en évidence par un isolement aussi poussé que possible. On doit arriver jusqu'à la région des vésicules, surtout quand l'examen préalable a fait connaître en cet endroit des empâtements et des bosselures.

Il faut savoir qu'avec un très gros abcès, la prostate peut paraître petite. On peut demander à un aide d'essayer avec une main placée sur l'hypogastre de repousser dans la direction de la plaie le contenu du petit bassin. Cela n'est pas toujours facile en raison de la position du malade.

Quoiqu'il en soit, on tâche ou de sentir avec le doigt le point ramolli, ou d'évaluer le plus gros lobe.

On incise alors au bistouri (fig. 5), cette prostate bien mise en vue, ou encore on effondre l'abcès avec la sonde cannelée. Ce temps est toujours facile, même si l'abcès est très haut situé, à condition de tenir convenablement l'écarteur et si le décollement a été bien fait.

4° Temps : *Drainage et Pansement.* — Après avoir introduit le doigt dans la cavité de l'abcès, détruit les cloisons, ouvert tous les clapiers, on fait avec des tampons une toilette soigneuse de la plaie. Un gros drain est placé dans l'abcès et fixé à la lèvre antérieure de l'incision (fig. 6).

La mèche donne un drainage moins parfait que le drain. Notre observation V en est une preuve. Il vaut mieux réserver la gaze pour bourrer la plaie qu'avant de terminer, on rétrécit à peine par un point cutané placé de chaque côté. Pansement superficiel et bandage en T.

Il faut dire au malade que probablement il pissera par le périnée pendant un certain temps. La fistule uréthro-périnéale est fréquente en effet, surtout dans les gros abcès ouverts tardivement. Elle peut nécessiter la sonde à demeure. Généralement d'ailleurs cette fistule guérit d'elle-même. (V. obs. IV, XIII, XIV, XV, XVI.)

Le malade est pansé tous les jours. Dans les cas

simples, au bout de deux ou trois jours, le drain cesse de donner et la plaie bourgeonne normalement. Il

FIG. 6.

L'abcès prostatique est drainé ; une mèche est introduite jusqu'au fond de la plaie sur la valve de l'écarteur.

reste à raccourcir prudemment le drain pour obtenir une cicatrisation régulière du fond à la surface. Mais

ce qui est très important, c'est de continuer le bourrage de la plaie pour empêcher le rétrécissement de l'ouverture superficielle, car il faut toujours se réserver une voie d'accès assez large vers la profondeur.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Desnos.)

Abcès prostatique. Petite collection intraprostatique communiquant avec un vaste foyer rétro-vésical. Incision périnéale. Guérison (1).

D..., 37 ans. *Antécédents.* Première blennorrhagie il y a environ quinze ans. Deuxième blennorrhagie il y a un mois.

Débuts de la maladie. — Celle-ci, convenablement soignée, diminua assez rapidement, quand, après trois semaines, le malade se permit des excès de coït.

Dès le lendemain apparut une dysurie rapidement croissante, et le deuxième jour la rétention fut complète. Au périnée, le malade ressent une douleur profonde intense, avec élancements, irradiée à l'anus et à l'hypogastre. Le malade est soumis à des cathétérismes répétés pendant quatre jours.

Le 12 mai, le malade refuse le cathétérisme par crainte des

(1) Minet. *Thèse.* Paris, 1901.

vives douleurs qu'il provoque. La fièvre est intense : 39°, le pouls à 110.

Le 13. Persistance des troubles douloureux et de la fièvre. Le malade a eu un grand frisson d'une durée de vingt minutes. Il a uriné goutte à goutte.

Le 14. Le malade a eu un frisson peu prolongé. Cathétérisme.

État actuel. — M. Desnos voit le malade pour la première fois. Les douleurs périnéales sont très fortes, la défécation est excessivement douloureuse.

Température : 39°6.

Au toucher rectal, la prostate forme une saillie volumineuse, arrondie et manifestement ramollie à gauche et au centre.

Le cathétérisme est pratiqué facilement et la sonde laissée à demeure.

Le 16. Le soulagement apporté par la sonde à demeure a été tel que le malade refuse l'intervention périnéale qu'il avait acceptée la veille.

Température : 39°4.

Le 10. Le malade a eu deux frissons dans les vingt-quatre heures.

La température atteint 40°2.

Au toucher rectal, la tuméfécation prostatique semble moins tendue.

L'incision est décidée pour le lendemain.

Le 19. L'incision prérectale conduit dans un foyer prostatique, et aussitôt, d'emblée, dans un vaste foyer rétro-vésical, communiquant avec la prostate sans aucun cloisonnement.

Écoulement de pus abondant. Drainage.

La température descend à 38°5.

Le 20. Matin : 37°8. Le malade est soulagé et paraît en bon état. La sonde à demeure fonctionne bien.

Le 23. L'issue de pus par l'incision périnéale a presque complètement cessé. La plaie est garnie de bourgeons charnus. La sonde est retirée.

Température : 37°.

Le 27. Suppression du drain périnéal.

Suites normales.

OBSERVATION II (Desnos.)

Rétrécissement de l'urèthre avec infection uréthro-vésicale ; dilatation. Petit abcès prostatique et vaste suppuration rétro-vésicale. Incision périnéale. Mort (1).

T..., 57 ans.

Antécédents. — Blennorrhagies multiples. Urine mal depuis dix ans, et surtout depuis six mois.

Depuis janvier 1888, dilatation progressive d'un rétrécissement filiforme ; les urines étaient un peu troubles, avec de nombreux filaments ; l'urèthre, très sensible, saigne très facilement.

Début des accidents. — 5 mars 1888. La dilatation est arrivée à 44 Beniqué, mais après cette dilatation, le malade ressent un malaise et de petits frissons.

Le 8. La température est de 38°5. Malaise.

Urines louches avec de nombreux filaments.

(1) MINET, *loc. cit.*

Reins paraissent normaux.

Au toucher rectal. — Prostate volumineuse, indolente et bas fond vésical non distendu.

Le 9. Même état. Sangsues au périnée.

Le 10. Au toucher rectal, la prostate est un peu douloureuse ; le bas fond de la vessie donne des sensations normales au doigt, mais il est un peu sensible au toucher. Température : matin, 39°5 ; soir, 40°.

Le 11. Dysurie plus grande. Frissons. Température : matin, 39°7 ; soir, 40°3. Un point peut être ramolli sur la prostate.

Le 12, M. Guyon, appelé en consultation, croit également à la possibilité d'un petit abcès prostatique, mais conseille d'attendre. Le soir, grands frissons.

Le 13. Dysurie très pénible.

Température : 40°6. Nouveaux frissons.

Toucher rectal : prostate plus grosse, très douloureuse ; empâtement de toute la région périvésicale.

Le 14. Incision périnéale. Arrivée à la prostate, l'incision amène l'évacuation d'une cuillerée à soupe de pus. Puis le doigt détruit les cloisons et dépasse les limites de la glande. Alors, irruption d'un flot de pus dont la quantité paraît être d'un demi-litre. La cavité est explorée : elle occupe toute la face postérieure de la vessie. Drainage périnéal. Sonde à demeure dans l'urèthre. Le soir, température : 39°5.

Le 15. Grande amélioration. Température : 37°9.

Les 16 et 17. Bon état : 37°8 et 38°2.

Un peu de douleur à l'épididyme gauche.

Le 18. Douleur et tuméfaction épididymaire. Température : matin, 38°9 ; soir, 39°9. Frisson.

Le 19. Douleurs du testicule atroces. Frissons. Température : 40°.

Le 20 Ouverture de l'abcès épididymaire.

Le 21. La température reste à 40°4.

Les jours suivants, frissons, fièvre, état général de plus en plus grave. Cependant la suppuration est peu abondante par le drain périnéal.

Le 24. Mort.

OBSERVATION III (Desnos.)

Abcès prostatique. Incision rectale. Abcès rétro-vésical. Septicémie. Mort (1).

D . , 42 ans. Pharmacien.

Antécédents — Multiples blennorhagies.

Début. — Il y a quelques jours, début de blennorhagie pour laquelle il essaie lui-même les grands lavages uréthro-vésicaux.

Mais il survient des signes de cystite, avec hématurie et apparition de fièvre.

État actuel (4 avril 1889). Le malade a eu hier un frisson. Aujourd'hui : 39°8.

La miction est très douloureuse, mais non fréquente.

La défécation est très douloureuse aussi, avec ténesme rectal.

(1) Minet. *loc. cit.*

Au toucher rectal, prostate très douloureuse, de la grosseur d'une mandarine, présentant au centre un point dépressible, évidemment ramolli. Pas de battements artériels. On n'arrive pas à explorer plus haut.

Le malade refusant d'être transporté dans une maison de santé, et les conditions matérielles dans lesquelles il se trouve rendant une opération périnéale impossible, M. Desnos incise la collection par le rectum, en protégeant le tranchant du bistouri avec une bande de diachylon. Issue d'un flot de pus.

Le 5. La température est restée à 39°8.

Cependant la miction et la défécation sont devenues plus faciles, et les urines sont à peu près claires.

Au toucher rectal, la saillie prostatique s'est effacée, mais la région du bas fond de la vessie est douloureuse, empâtée, comme bosselée. On continue les irrigations rectales.

Le 6. Même état En outre, douleurs vagues périnéales et abdominales. Température : matin, 39°9 ; soir, 40°.

Le 7. Le malade a eu des frissons répétés. Température : 39°7.

Le 9. Un frisson. Mauvais état général.

Toucher rectal : issue de pus en abondance par la plaie béante du rectum. La région du bas fond est encore bosselée et très douloureuse.

Le 12. Après un jour de fièvre intense, délire, aggravation de l'état général. Mort.

OBSERVATION IV (Inédite)

Abcès de la prostate d'origine blennorrhagique; incision prérectale; fistule uréthro-périnéale; guérison au bout d'un mois.

B... Jean-Baptiste, 28 ans, employé de chemin de fer, entre salle Velpeau le 20 septembre 1896.

Blennorrhagie il y a 3 semaines; pour faire avorter son écoulement, le malade s'est fait des injections d'eau blanche dans l'urèthre.

Le 9 septembre, deux injections; le 10, deux autres. Dans la nuit du 11 au 12, le malade est pris d'une envie d'uriner qu'il ne peut satisfaire. Depuis cette époque, il a toujours été obligé de se sonder.

L'écoulement, qui avait cessé, a reparu le 20 septembre pendant la nuit.

Actuellement, on observe un écoulement blanc jaunâtre assez abondant; l'urèthre est normal; la vessie est très sensible à 30 grammes.

La prostate est grosse comme une mandarine et ramollie, donnant nettement la sensation de fluctuation.

Les vésicules séminales sont un peu grosses; il n'y a rien du côté des reins et des testicules.

Le 21 septembre, M. Escat fait une incision prérectale et draine l'abcès.

Les jours suivants, il s'établit une fistule uréthro-périnéale, dont on fait tous les jours le pansement.

Le 20 octobre, M Pasteau examine le malade et trouve la prostate petite et non douloureuse.

Le 29 octobre, le malade quitte l'hôpital.

Revu le 24 novembre, il porte encore au périnée une petite plaie d'un 1/2 centimètre de profondeur, par où ne s'écoule aucun liquide.

La prostate ne présente aucun point épaissi, sa consistance est partout normale.

OBSERVATION V (Inédite.)

Abcès de la prostate d'origine blennorrhagique, avec périprostatite suppurée; incision périnéale; poussées fébriles, coïncidant avec un drainage imparfait; guérison presque complète au bout de 6 semaines.

P... Joseph, âgé de 29 ans, peintre en bâtiments, entre salle Velpeau le 11 octobre 1897.

Une seule blennorrhagie il y a 2 mois, soignée à Saint-Louis par des bains d'amidon et une potion alcaline.

Vingt jours après le début de l'écoulement, le malade est pris de malaise, nausées, de céphalalgie et de douleurs aiguës dans le fondement. Ces douleurs sont constantes, mais s'exaspèrent pendant les mictions et provoquent des efforts impuis-

sants pour aller à la selle. Mictions fréquentes, toutes les heures ; pas d'hématurie

2 octobre 1897. Le malade vient à la consultation de la Terrasse. Prostate grosse, très douloureuse au toucher; la pression fait soudre au méat, un liquide blanchâtre, teinté de sang.

Lavements, cataplasmes laudanisés et suppositoires.

7 octobre. Retour à la consultation. Rétention aiguë depuis la veille. On le soude et on retire 525 grammes d'urine foncée mais non trouble. La prostate est toujours grosse.

9 octobre. Lavage de l'urèthre antérieur au permanganate. Le malade éprouve de vives douleurs, mais peut uriner.

11 octobre. Depuis le lavage, le malade a beaucoup souffert. Le gland et la verge sont œdématiés; il y a paraphimosis et orchite droite. Admission du malade

12 octobre. Depuis hier, le malade rend par le canal un pus verdâtre et assez abondant Il éprouve des douleurs constantes dans la région lombaire et du côté de l'anus. Ténesme rectal. Céphalalgie. Nausées. Etal saburral des voies digestives.

Température 40° hier soir. 36°8 ce matin.

Urines foncées, mais non troubles, et peu abondantes : 1/2 litre depuis hier.

Toucher rectal : prostate énorme, du volume d'une grosse orange, faisant saillie dans le rectum. La moindre pression est extrêmement douloureuse et fait soudre au méat un pus jaune verdâtre, sans odeur.

13 octobre. M. Albarran pratique la taille périnéale et ouvre deux foyers, l'un intra-prostatique, l'autre péri-prostatique.

Les jours suivants, la température s'abaisse progressivement, tout en restant le soir aux environs de 38.

19 octobre. On remplace le drain par une mèche de gaz iodoformée.

Mais 2 jours après, la température s'élève à 39,5 et on doit replacer le drain, ce qui permet l'évacuation d'une assez grande quantité de pus.

Le 25, un nouveau drainage évacue encore 2 cuillérées de pus. Lavage au nitrate d'argent à 1 p. 1.000. Attouchement à la teinture d'iode.

Jusqu'au 3 novembre, on laisse le drain et le malade va bien. La suppression du drain faite ce jour-là détermine une nouvelle ascension de température à 39°. Le lendemain, il y a de l'ictère, de la diarrhée, des symptômes d'infection, les urine sont troubles. Mais tout rentre rapidement dans l'ordre.

Le 8 novembre, le malade n'a plus de fièvre; il est notablement amélioré, l'orchite a disparu.

Le 27 novembre, il quitte l'hôpital en bonne voie de guérison : il reviendra se faire panser tous les quatre jours.

OBSERVATION VI (Inédite.)

Abcès chaud de la prostate, incisé par le périnée; guérison rapide.

C... Jacques, employé, 23 ans, entre salle Velpeau le 24 mai 1899.

Blennorrhagie, il y a deux ans, soignée par des injections de sul-

fate de zinc et du santal. A conservé une goutte. Les mictions ont toujours été normales.

Depuis quinze jours, recrudescence de l'écoulement, d'abord sans douleur, puis avec des douleurs vagues dans la partie profonde du canal, après les mictions

Les mictions deviennent difficiles et le malade doit pousser, surtout pour commencer ; elles ne sont pas impérieuses ; elles sont augmentées de fréquence : toutes les demi-heures, nuit et jour, depuis peu ; jet en éventail

Ténesme rectal et défécation pénible.

A l'examen, on trouve par le toucher rectal une prostate grosse, faisant une saillie assez volumineuse et nettement ramollie. Les urines sont troubles. T.: 38°.

Le 25 mai, M. Tesson incise l'abcès par la voie périnéale. Ecoulement de 20 à 25 grammes de pus.

Pendant les 24 heures qui suivent, le malade est sondé deux fois

Les jours suivants, il urine sans difficulté ; les urines sont claires.

La plaie cicatrise regulièrement, pas de fièvre.

Le 10 juin, le malade, qui va très bien, quitte l'hôpital, avec une petite plaie par où il ne passe ni pus, ni urine et qu'il pansera lui-même. Il pisse facilement, sans douleur.

OBSERVATION VII (Inédite.)

Abcès chaud de la prostate incisé par le périnée ; guérison.

B..., cordonnier, âgé de 39 ans, entre le 26 décembre 1899.

Blennorrhagie il y a un mois ; n'a pas cessé de monter à bicyclette, malgré des douleurs assez fortes, survenues dès le début de la maladie dans la région prostatique. Le malade a des envies continuelles d'aller à la selle. Les mictions sont fréquentes (toutes les dix minutes), et impérieuses au point qu'il ne peut retenir ses urines.

Depuis quinze jours, le malade a eu des frissons toutes les nuits et a perdu son appétit. Jamais d'hématurie, ni avant, ni après la chaude-pisse.

Actuellement, les douleurs se généralisent aux testicules, à la vessie, à l'anus. Le toucher rectal montre une prostate légèrement augmentée de volume, mais ramollie et fluctuante.

M. Duval fait la taille prérectale le 27.

On découvre une prostate ramollie. On l'incise et on tombe dans une poche purulente, entourée de logettes secondaires. La limite supérieure de la loge principale ne peut être atteinte par le doigt.

La muqueuse du rectum était indemne, mais très amincie.

Le 28, le malade éprouve un complet soulagement. Pas de fièvre.

Suites normales.

Exeat le 12 janvier 1900.

OBSERVATION VIII (Inédite.)

Abcès de la prostate chez un rétréci ; incision périnéale.

Th... Albert, boulanger, 27 ans, entre le 24 février 1900.

Le malade vient à la Terrasse en rétention aiguë, datant de 2 jours.

Première blennorrhagie il y a quatre ans ; 2e il y a un mois.

Ecoulement persistant et abondant; le malade urine toutes les deux heures le jour et une fois la nuit ; les urines sont légèrement troubles ; les mictions non douloureuses.

Au niveau du bulbe, l'explorateur à boules est arrêté par un anneau dur.

Le toucher rectal permet de reconnaître une prostate grosse, faisant une saillie ramollie dans le rectum.

M. Albarran fait l'incision périnéale le 24 février.

Le 25 au soir : 37° 9 ; le 26, 37° 4 ; le 27, 37°.

Suites régulières.

Le 9 mars, le drain est retiré.

Le 25 mars, le malade quitte le service avec une petite plaie simple qu'il reviendra faire panser.

OBSERVATION IX (Inédite.)

Abcès de la prostate ouvert spontanément dans le rectum ; incision périnéale ; guérison rapide.

G..., 58 ans, entre le 18 mars 1900.

Constitution faible ; a eu un fils mort tuberculeux.

Il y a vingt-cinq ans, a été opéré d'hydrocèle à Saint-Louis, et peu après de hernie étranglée. Chancres mous, il y a sept ans.

Dans la suite. G .. vit apparaître une hernie du côté opposé à la première, puis une seconde du même côté et enfin une seconde hydrocèle. Les deux hernies et l'hydrocèle ont été opérées ensemble à l'Hôtel-Dieu, par M. Delbet, au mois d'août dernier.

Première blennorrhagie il y a dix ans ; trois ou quatre autres depuis, ayant duré quatre à cinq semaines ; la dernière, il y a un mois : l'écoulement subsiste encore.

Le malade avait toujours bien uriné, quand, il y a deux mois, il ressentit une vive douleur qu'il localise à l'anus.

Depuis quinze jours, elle est plus vive et se fait sentir surtout pendant la miction et la défécation. Obligé d'abandonner son travail, G... essaie de se suicider, est envoyé à l'Hôtel-Dieu, puis à Necker.

A l'entrée, urines épaisses et blanchâtres ; on est obligé de le sonder.

Température : 38° 6.

La prostate est grosse comme une mandarine, ramollie, fluctuante. L'abcès s'ouvre dans le rectum.

Incision périnéale le 28, par M. Alglave. Il s'écoule par l'incision une grande quantité de pus.

Le 20, chute complète de la température : le malade va très bien.

Le 27, il reste encore un écoulement blennorrhagique.

Le 9 avril, la blennorrhagie est terminée, la plaie tout à fait guérie. Exeat.

OBSERVATION X (Inédite.)

Abcès de la prostate incisé par le périnée ; guérison rapide.

S... Franck, 22 ans, garçon de salle ; entre le 6 juillet 1900, pour des douleurs dans la région anale qu'il attribue lui-même à un abcès.

En 1898, première blennorrhagie à écoulement peu abondant, mais continu ; S... n'a jamais fait ni lavages, ni injections, il a pris simplement trois fois par jour, 5 gouttes d'une liqueur qu'il ne peut nommer. Guérison complète au bout de 5 mois. Depuis S... a toujours été bien portant, et n'a jamais rien éprouvé d'anormal dans les mictions, ni comme fréquence, ni comme aspect du jet.

Deuxième blennorrhagie, il y a 4 semaines ; écoulement très abondant, non douloureux. S... prend 6 capsules de copahu par jour.

Vers le 15e jour, il ressent dans la région anale des douleur qui depuis sont allées en augmentant. La défécation est difficile, ce qui a amené une constipation que le malade a soignée à l'eau de Janos.

Il y a 4 jours, le malade voyant son état empirer est allé trouver un médecin qui lui a fait, pendant 3 jours, 3 injections quotidiennes de sulfate de zinc, et lui a ordonné des suppositoires.

Les douleurs persistant, il vient à Necker.

État actuel. — Plus d'écoulement ; mictions faciles et normales comme fréquence, urines claires.

Le toucher fait sentir une prostate augmentée de volume et molle.

Il y a un point fluctuant dans le lobe gauche.

Le 8. Bon état général, mais 38°6. Le lobe gauche est très fluctuant.

Le 9. M. Michon fait une incision périnéale, qui mène dans une cavité afractueuse d'où s'écoule une assez forte quantité de pus épais.

Lavage et drainage. La plaie est bourrée avec des mèches.

Le 10, chute de la température : on enlève les mèches.

Suites excellentes ; sort guéri le 30 juillet.

OBSERVATION XI (Inédite.)

Abcès de la prostate ; rétrécissement léger ; incision périnéale ; guérison.

D. Jules, représentant, 48 ans ; entre le 22 novembre 1902.

Syphilis à 16 ans ; blennorrhagie à 30.

Est venu à la Terrasse il y a 4 jours pour rétention incomplète partant de 3 ou 4 jours. Se plaignit de mictions fréquentes (toutes les heures, jour et nuit) et impérieuses au point d'être presque involontaires. Souffrait en urinant, dans la région périnéale.

Le canal laisse passer une olive n° 16, mais au retour, il y a un ressaut qui rend même difficile l'extraction de l'instrument.

Urines louches. Vessie contenant 240 gr. avec 80 gr. de résidu.

La prostate est extrêmement volumineuse et fait une forte saillie dans le rectum.

Le 22, taille périnéale par M. Gardner.

La température tombe aussitôt.

Les mèches sont enlevées le 24 ; mais le 27, une légère élévation thermique oblige à changer le drain.

Depuis la température s'est toujours maintenue au dessous de 37.

Sort le 16 décembre.

OBSERVATION XII (Inédite.)

Abcès de la prostate d'origine inconnue chez un tuberculeux; ouverture périnéale ; guérison en 5 semaines.

G. . Alfred, 28 ans, maçon ; entre le 16 janvier 1903, pour mictions difficiles et douloureuses.

A. H. — Mère et frère morts bacillaires.

A. P. — Enfant et adolescent a eu des maux d'oreilles ; a été soigné l'an dernier à l'Hôtel Dieu, annexe pour une *affection pulmonaire; pas d'antécédents vénériens.*

Il y a 15 jours, il a commencé à souffrir au périnée pendant les mouvements de flexion du tronc sur le bassin, pendant la station assise. Quelques jours après, il a commencé à uriner difficilement et souvent. Le jour il urinait toutes les demi-heures, la nuit deux ou trois fois seulement.

Le besoin était impérieux ; la miction, difficile, nécessitait l'effort ; pas de brûlure du canal pendant la miction ; jamais d'hématurie.

G..., allait régulièrement à la selle; défécation légèrement douloureuse, la région périnéale était aussi un peu douloureuse ; quelques souffrances pendant la toux.

Du 13 au 14 janvier, crise de rétention ; on le sonde à l'Hôtel-Dieu et on lui retire 1 litre 1/2 d'urines troubles. On l'envoie à Necker le 16.

Examen. — Depuis mardi, n'urine qu'avec la sonde.

Canal : méat étroit; pas de rétrécissement.

Vessie : contractilité nulle, urines troubles.

Toucher rectal : Prostate molle, grosse, douloureuse au contact. A deux phalanges de l'anus le doigt arrive sur le lobe droit qui offre une saillie rénittente, affleurant la paroi pelvienne à droite et débordant la ligne médiane. La prostate gauche est dure et régulière.

Le malade entre à la salle Velpéau où il est opéré le matin même par M. Grégoire.

Incision concave en arrière ; section des plans fibreux du périnée après décollement du bulbe ; on tombe sur le plan de clivage. L'abcès est incisé et laisse s'écouler du pus verdâtre bien lié, sans odeur accentuée, et dont on prélève deux pipettes pour l'examen bactériologique. Deux drains.

Le 17, bon état général ; pas de température.

Le malade n'urine pas encore seul.

Résultat de l'examen bactériologique :

Coloration simple : rares bactéries.

Coloration de Gram : tous les microbes se décolorent.

Coloration de Ziehl : pas de bacilles de Koch.

Le 18, le malade urine seul.

Le 19, on enlève un drain qu'on remplace par une mèche.

Le 20, le deuxième drain tombe de lui-même et est remplacé par une mèche.

Janvier : Assez bonne convalescence. Très bon état local. État fébrile tous les soirs.

Février : les 3, 4, 5, poussée fébrile (38°9), coïncidant avec un rhumatisme au pied.

Sort le 20 février, absolument guéri de son abcès, mais avec un état général et surtout pulmonaire encore précaire. On lui conseille la campagne

OBSERVATION XIII (Inédite)

Abcès de la prostate chez un vieux prostatique ; ouverture spontanée dans l'urèthre ; périnéotomie.

G... Baptiste, âgé de 80 ans, entre le 14 mars 1903, envoyé de l'hospice de Brévannes.

Depuis cinq ans, il urinait déjà souvent, se levant plusieurs fois la nuit, lorsqu'il a eu, en avril 1898, une *première crise de rétention* aiguë complète. On l'a sondé à Brévannes où il était depuis 1890. Les mictions restèrent fréquentes (toutes les heures le jour, 5 ou 6 fois la nuit) peu douloureuses, mais terminées parfois par une ou deux gouttes de sang urines troubles.

En mai 1898, il vient à Necker où il lui est fait des lavages au nitrate d'argent : les urines reviennent claires mais il reste un peu de fréquence.

Pendant cinq ans, rien de particulier qu'un peu de fréquence et quelquefois une légère hémorrhagie terminale

En février 1903, *seconde crise de rétention*. Sans cause appréciable, les mictions deviennent fréquentes et difficiles et le 18, tout effort pour uriner est inutile; on le sonde : pas de sonde à demeure.

Depuis cette crise, la miction spontanée est impossible ; G.. se sonde 3 fois par jour, avec une sonde molle d'abord, puis avec une béquille. Les urines sont sales, chargées. A la

suite d'un cathétérisme maladroit, les urines ont été sanguinolentes et souvent, depuis, la sonde ap rovoqué une légère uréthrorragie.

Envoyé à Necker, le 14 mars, il est sondé aussitôt : urines claires. La vessie remonte à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic. En deux jours, l'évacuation complète est faite. Pas de sang.

Examen le 16 : Bon état général, pas de température ; urines normales.

La prostate est volumineuse, souple, régulièrement hypertrophiée, limitable de tous côtés.

Testicule droit : gros, dur ; vaginalite très tendue. Orchite.

Testicule gauche : pas de vaginalite. Epididyme gros, dur, non douloureux ; canal déférent dur.

Pendant les jours qui suivent, le malade fait un peu de température, causée par l'orchite. Puis, grâce à la sonde à demeure, tout va bien pendant un mois.

Le 22 avril, une élévation de température, des douleurs périnéales font songer à un abcès de la prostate qui s'ouvre d'ailleurs dans l'urèthre quatre jours plus tard.

Le 1er mai, l'orchite s'ouvre et donne issue à environ 20 grammes de pus.

Le 9 mai, M. Pasteau examine le malade. La prostate est grosse et contient un foyer suppuré débordant à droite et à gauche jusque sur les bords de la glande. Il fait aussitôt la périnéotomie.

L'incision curviligne, à deux travers de doigt en avant de l'anus, mène sur le bulbe qu'on a quelque peine à contourner. Après section du muscle recto-uréthral, on pénètre assez diffi-

cilement dans l'espace décollable : Il y a un vaste abcès intra-prostatique qu'on ouvre au bistouri. Drainage.

A partir du deuxième jour, on change les mèches tous les jours et on touche la plaie à la teinture d'iode.

Le malade se sonde lui même; mais le 23, il ne peut y parvenir. On remet la sonde à demeure et on continue les pansements journaliers.

Un mois après, le 8 juin, le malade quitte l'hôpital sur sa demande avec une sonde à demeure et une plaie périnéale presque fermée.

OBSERVATION XIV (Inédite)

Abcès de la prostate ; périnéotomie ; fistule uréthro-périnéale ; guérison.

V..., 41 ans, employé des postes, vient à Necker le 1er mai 1903, pour rétention complète datant de deux jours et impossibilité d'aller à la selle, malgré les violentes envies que le malade ressent.

A eu, à 19 ans, un première blennorrhagie qui a durée un mois et s'est bien guérie. A eu en même temps la syphilis, un chancre et quelques plaques muqueuses.

Deuxième blennorrhagie à 25 ans, suivie de goutte.

Troisième blennorrhagie à 38 ans, qui n'a jamais guéri.

Vers la fin d'avril 1903, sans cause connue, apparaît un

écoulement blanchâtre non douloureux, très épais. Les mictions et les selles sont normales et régulières.

V... consulte alors un pharmacien, qui essaie de lui passer une sonde, mais ne peut y parvenir et la retire pleine de sang. Le pharmacien fait alors de l'électricité : le malade explique que l'un des fils allait à la sonde uréthrale et l'autre à une petite plaque posée sur le côté gauche de l'abdomen.

Depuis lors, V... n'a pu uriner et aller à la selle qu'avec la plus grande difficulté et a toujours été en rétention incomplète.

La rétention étant devenue complète le 29 avril, il vient à Necker où on diagnostique un abcès de la prostate que M Bréchot opère le 2 mai sous chloroforme.

Incision ordinaire ; décollement du rectum ; incision et drainage de la poche fluctuante. Pas de sonde à demeure.

Le drain est enlevé le 8. on fait des attouchements de la plaie à la teinture d'iode et des pansements à plat. Il passe quelques gouttes d'urine.

Le 22 mai, V... quitte l'hôpital avec une petite fistule.

Revenu le 18 juin pour une goutte, on y trouve quelques leucocytes, de nombreux polynucléaires et de nombreux gonocoques, on lui conseille des lavages de permanganate à 1 p. 4000.

Le malade est revu le 3 novembre 1903. Il a conservé une légère douleur dans l'aîne droite. La plaie a été fermée complètement le 8 juillet mais il s'est formé à la peau, le surlendemain, un petit abcès qui a donné un pus clair et s'est fermé spontanément très vite.

Actuellement, quand le malade est fatigué, il voit enfler le testicule et le cordon droits. La miction est facile, mais est

suivie au bout d'une minute de l'émission, tardive d'une dizaine de gouttes. L'urine contient encore des filaments.

Les selles sont normales, non douloureuses.

La prostate est souple et petite, la cicatrice de la plaie périnéale est presque invisible et bien souple.

OBSERVATION XV (Inédite)

Abcès de la prostate. incisé par le périnée ; guérison en 20 jours malgré une fistule uréthro-périnéale.

G... Georges, cordonnier, 27 ans, entre le 27 juin 1903 avec un abcès de la prostate ; a eu deux blennorrhagies.

Le 28 au soir, la température monte à 39°2 ; M. Bréchot fait l'incision périnéale le lendemain matin, Décollement du bulbe, libération du rectum et l'on pénètre dans l'espace rétroprostatique. L'abcès est incisé, drainé, la plaie bourrée de mèches.

Le 30, chute complète de la température ; la plaie est lavée au nitrate d'argent et pansée. De même, tous les jours.

Le 4 juillet, l'urine passe par la plaie assez abondamment ; on place une sonde à demeure, qui reste jusqu'au 14, époque à laquelle il ne passe plus du tout d'urine.

Entre temps, le drain étant tombé, les pansements sont continués à plat, après attouchements à la teinture d'iode.

Le malade sort le 21 juillet, complètement guéri.

Il revient consulter le 14 août, pour mictions encore dou-

loureuses, quoique normales comme fréquence et comme jet.

Les urines sont claires ; le canal souple admettant une olive n° 20 ; la vessie a une capacité de 320 gr., sans aucun résidu.

La prostate est petite, souple, tout à fait indolore. On lui fait des instillations au nitrate d'argent à 1 p. 100.

OBSERVATION XVI (Inédite)

Abcès de la prostate d'origine douteuse chez un jeune homme ayant une tuberculose testiculaire ; fistule uréthro-périnéale ; cicatrisation lente.

D... Armand, employé de commerce, 23 ans ; entre le 23 juin avec une orchite droite ; bonne santé habituelle, aspect vigoureux, ne tousse pas.

Première blennorrhagie il y a deux ans : s'est soigné pendant un mois avec des injections au permanganate, mais a dû les interrompre pour partir au régiment non guéri. Aux manœuvres de l'année suivante, le testicule droit augmente de volume. Soulagé par un suspensoir, D... ne souffre plus de rien jusqu'en juin 1903, mais garde une goutte.

Allant bien, il retire son suspensoir le 1er juin ; mais 4 jours après, le testicule est très gros ; en même temps, fièvre et indigestion ; les urines deviennent très sales, un vrai bourbier ; mictions fréquentes tous les quarts d'heure, douloureuses ; défécation pénible.

Un médecin fait des lavages de la vessie pendant 8 jours.

Au bout de ce temps, le malade perd du pus par le rectum pendant les selles. Enfin, il vient à Necker, le 23 juin.

Diagnostic : Orchite droite, gros abcès prostatique.

Le 25 juin, D... est opéré par M. Pasteau ; une incision curviligne prérectale, amène facilement dans l'espace décollable, après section, en arrière du bulbe, du raphé périnéal et et du petit muscle recto-uréthral. Incision et drainage de la poche. Mèches.

Le 25 au soir 39.3 ; le 26 au matin 37.2, soir 37.7 ; pansement et lavage au nitrate d'argent de la plaie.

Les jours suivants, chute complète de la température. Le 29 l'orchite droite s'ouvre spontanément, en bas et en avant du scrotum ; Pansement.

Le 30, le malade pisse par sa plaie périnéale. On place à demeure une sonde béquille qui restera jusqu'au 31 juillet.

A cette époque, il passe encore quelques gouttes d'urine ; la plaie va bien ; le malade sort le 8 août, pour aller à la campagne.

Revu le 6 novembre 1903, le malade raconte que sa fistule a diminué très vite (actuellement elle fait sur le pansement, après une journée entière, une tache de 50 centimes) ; mais que les urines sont restées troubles. La défécation est restée longtemps douloureuse s'accompagnant parfois de l'issue d'un peu de sang par l'anus et par la verge. Cependant, depuis une dizaine de jours, sous l'influence de bains de siège chauds, ces douleurs et ces hémorrhagies ont disparu. Le malade pisse en tire-bouchon.

La prostate est petite, non douloureuse. La fistule scrotale est gaufrée, rougeâtre, adhérente dans la profondeur. L'état général est excellent.

OBSERVATION XVII (Noguès)

Abcès de la prostate ; incision périnéale ; élimination spontanée par la plaie opératoire des deux vésicules séminales (1).

Le malade qui fait l'objet de cette communication est un homme de 73 ans, diabétique depuis une dizaine d'années, mais chez lequel les troubles de l'appareil génito-urinaire remontent à une date bien plus ancienne. Première blennorrhagie à vingt ans ; depuis cette époque, il n'a pour ainsi dire jamais cessé de couler. Le malade affirme que, il y a vingt-quatre ou vingt cinq ans, il fut pris de douleurs et de fréquences mictionnelles, et qu'un chirurgien consulté, ayant cru à la possibilité d'une pierre, introduisit l'explorateur métallique qui ne rencontra aucun corps dans la vessie, mais dont le retrait fut accompagné de l'évacuation par l'urèthre d'un demi-verre de pus. Il y eut un soulagement durable.

Il y a trois ans, reprise de douleurs plus vives. Le malade consulte un autre chirurgien qui diagnostique un abcès prostatique et prescrit lavements et suppositoires. Nouvelle amélioration.

Au mois de mai dernier, les troubles reprennent avec un certain caractère de gravité ; écoulement purulent très abondant ; urines très troubles ; mictions fréquentes (toutes les

(1) Noguès. *Communication faite à la 7e Session de l'Association française d'urologie*, 22 oct. 1903.

heures) accompagnées de douleurs intolérables. Le docteur Bienvenot fait le diagnostic d'abcès de la prostate et appelle M. Noguès en consultation le 25 mai.

La situation est à ce moment assez critique. Le malade bien qu'apyrétique présente un état général assez mauvais. Il a beaucoup maigri. Langue rouge et sèche, soif vive. Urines : 3 litres par 24 heures ; sucre : 44 grammes par litre. Ecoulement abondant, chargé de gonocoques, urines très troubles. La vessie retient près de 200 grammes de liquide. Au toucher rectal, prostate très volumineuse. Deux phalanges suffisent à atteindre son extrémité inférieure, l'extrémité supérieure est inaccessible. Le lobe droit présente une fluctuation manifeste et la pression fait sourdre par la verge un flot de pus. Lobe gauche rénitent et non tendu. Les contours de la glande sont assez nets et on n'a pas la sensation d'une collection périprostatique. La vessie étant vidée par la sonde on ne sent aucune tumeur au-dessus du pubis.

En vue d'une intervention qui s'impose, on essaie de remonter l'état général par des injections de cacodylate de soude et de diminuer la glycosurie par un régime sévère. Mais les douleurs ayant augmenté au point d'empêcher tout repos, l'opération est pratiquée le 5 mai par M. Noguès, assisté des docteurs Pasteau, Bienvenot et Tarnaud.

« Incision de prostatectomie qui permet de tomber d'emblée « sur le plan de clivage ; un écarteur déprime la lèvre infé- « rieure de l'incision et permet de voir la face postérieure de « la prostate. Le lobe droit saille fortement. Il est incisé « directement au bistouri et il s'échappe un verre de pus. Le « doigt introduit dans cette cavité déchire quelques petits « tractus, mais ne perçoit ni une seconde collection prosta-

« tique ou périprostatique ni empâtement suspect. » Gros drain fixé à la lèvre antérieure de la plaie

Suites satisfaisantes : cessation des douleurs mictionnelles, mais on est surpris de voir le pus sortir encore en abondance par la verge ; la quantité rendue par le périnée est relativement minime ; il ne passe pas d'urine. Les urines sont toujours troubles.

« Le huitième jour, le malade est pris d'un pressant besoin « d'aller à la selle ; il fait des efforts soutenus et en même « temps que s'échappe par l'anus une petite quantité de « matières fécales, un flot de pus sort par la plaie en même « temps qu'un « morceau de chair » suivant l'expression de « l'infirmier. Le lendemain un simple coup d'œil permet de « reconnaître les deux vésicules séminales »

A partir de ce moment, l'urine passe abondamment par la plaie, l'écoulement uréthral diminue. Amélioration de l'état général, de l'appétit. Le malade quitte la maison de santé à la fin de juillet ne gardant qu'une fistulette par laquelle il sort de l'urine mélangée de pus.

En octobre le malade est repris de besoins fréquents et de douleurs mictionnelles. La fistule admet une sonde cannellée usqu'à dix centimètres de profondeur. Cette exploration donne issue à du pus mélangé d'urine ; on élargit le trajet au moyen de deux olives n^{os} 8 et 16 placées à vingt-quatre heures d'intervalle. La dilation obtenue permet d'introduire un drain n° 20, par lequel il sera fait des lavages au nitrate.

OBSERVATION XVIII (Lafont).

Abcès de la prostate chez un rétréci ; Incision rectale suivie de fistule uréthro-rectale ; incision périnéale suivie de guérison (1).

Le nommé J..., ciseleur, âgé de 41 ans, est reçu le 18 mars 1895, salle Civiale.

Il a eu sa première blennorrhagie à 19 ans ; elle a duré quatre semaines et a très bien guéri. Vers trente ans, bubon ulcéré dans l'aîne, dont la guérison fut assez longue.

Il y a quatre mois, nouvelle chaude-pisse qui a coulé trois mois ; le mois dernier, les mictions deviennent douloureuses ; le malade prend à cette époque du copahu, des lavages au sulfate de zinc, sans soulagement. Le jet diminue rapidement de volume et depuis huit jours, l'urine est expulsée goutte à goutte ; les mictions ont lieu tous les quarts d'heure, jour et nuit très douloureuses. Élancements au périnée qui s'irradient à gauche de l'anus.

Une sonde à boule n° 20 est arrêtée à 12 cent., et sent des brides dans la région pénienne ; les n^{os} 18, 16, 15, 12 ne sentent plus de brides, mais sont également arrêtés. Le n° 11 passe facilement. On ne fait pas de toucher rectal. Diagnostic : rétrécissement.

On fait la dilatation progressive. Mais le 24 mars, après une rétention d'urine et des phénomènes de plus en plus douloureux, l'attention est attirée du côté de la prostate et au

(1) Lafont. *Thèse* Paris, 1895,

toucher, un abcès prostatique occupant le lobe gauche est diagnostiqué.

25 mars. — Anesthésie. Spéculum Trélat. Incision rectale de deux centimètres, issue d'un flot de pus fétide. Lavage de la cavité qui est anfractueuse. Tamponnement à la gaze iodoformée. Le lendemain, amélioration générale telle que le malade demande s'il pourra bientôt s'en aller.

Trois jours après on retire le tampon. Grand lavement et sulfate de magnésie, le malade étant constipé.

29 mars. — Le malade s'aperçoit que l'urine sort par le rectum quand il va aux cabinets. Les lavages vésicaux à l'eau boriquée confirment l'existence d'une fistule recto-uréthrale.

Les jours suivants, la fistule est traitée par une large incision périnéale et guérie rapidement. Le malade n'avait eu de fièvre à aucun moment. Il est retenu pendant deux mois dans le service pour d'autres fistules scrotales.

Les trois observations qui suivent, empruntées au numéro du 15 novembre 1903 des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, nous ont été très aimablement communiquées par le docteur Bréchot, interne de Necker à qui nous offrons nos plus vifs remerciements.

OBSERVATION XIX

Abcès de la prostate chez un vieil urinaire ; incision périnéale ; mort.

X..., âgé de 64 ans, est un ancien blennorrhagique chez qui

l'explorateur 20 permet de constater de nombreux ressauts dans la région périnéale ; il vient consulter le 22 janvier 1903 pour des mictions fréquentes et pénibles diurnes et nocturnes.

Le résidu vésical est de 300 gr.

La prostate est volumineuse principalement par son lobe droit ; elle est irrégulière. Les urines sont parfois légèrement troubles. Le 21 mars, malgré des cathétérismes et des lavages vésicaux réguliers, le malade se voit à nouveau forcé de consulter ; il se plaint en plus de légères douleurs périnéales. La capacité vésicale est de 300 grammes, le résidu n'est plus que de 150, les urines sont encore un peu troubles. La continuation du traitement lui est ordonnée mais, malgré les soins, une rétention complète survient et le 20 avril 1903, il entre d'urgence à l'hôpital.

Pendant 8 jours il garde la sonde à demeure et l'on pratique régulièrement des lavages vésicaux ; ce temps passé le malade ne peut à nouveau uriner seul, sa température est restée normale ; il n'a plus après la miction que 20 grammes de résidu.

Cependant l'état général est peu satisfaisant. le teint est jaune, l'amaigrissement assez grand, l'alimentation est difficile.

Une tuméfaction non douloureuse prédominant surtout à gauche de la ligne médiane, est apparue au périnée et occupe sa moitié antérieure ; elle subit l'impulsion de la toux et se réduit avec gargouillement ; l'on pourrait penser à une hernie périnéale si les tissus voisins n'étaient empâtés, la tumeur mal limitée, si la température, à partir du 3 mai, ne commençait à

monter, oscillant entre 36°9 et 37°8, tandis que les températures antérieures ne dépassaient pas 37.

La prostate est grosse, irrégulière, très empâtée surtout à sa partie supérieure, non douloureuse.

Le 8, la température atteint 37°8 ; après quelques épreintes le pus paraît dans les selles et le 9 la périnéotomie est pratiquée.

Il existe une collection volumineuse, ayant transformé l'espace pelvien supérieur en une véritable loge de pus ; la musculature du périnée semble profondément altérée, une fusée purulente a perforé le plancher urogénital et envahi la loge pelvienne inférieure.

La prostate est grosse, friable, inégale, mais on n'y trouve pas d'orifice établissant une communication avec la cavité qui l'avoisine.

La glande elle-même, incisée, n'apparaît que comme une vaste coque remplie de pus.

La température du malade reste la même, son état général est de moins en moins bon ; des sondages et des lavages réguliers continuent à être pratiqués.

Le 14 mai un peu d'urine étant passée par la plaie, la sonde à demeure est installée à nouveau. Les lavages du foyer à l'eau oxygénée sont continués ; malgré tout le malade va en s'affaiblissant.

Le 25 la température monte à 39 et un frisson paraît. Une médication stimulante et du sérum sont ordonnés, mais les jours suivants la température oscille entre 38° et 38°6, l'avant-dernier jour, il n'y a plus de décroissance matinale, le malade a quelques hoquets, ne prend rien ; le lendemain, il devient algide et le 3 juin meurt avec 37°1 de température.

OBSERVATION XX

Abcès de la prostate; phlegmon périprostato-vésical; incision prérectale; fusées vers la symphise et le scrotum.

X... est âgé de 47 ans ; il y a 31 ans, il eut une blennorrhagie. et depuis 1898 est obligé pour uriner de pousser ; en 1901 la miction ne se fait plus que par regorgement et le malade, obligé de se garnir, continue, sans s'inquiéter, ses occupations.

En octobre 1902, une rétention complète l'arrête enfin, il entre à l'hôpital Saint-Antoine où, le sondage n'ayant pas été possible, on lui fait une ponction hypogastrique ; à partir du lendemain, on le dilate progressivement jusqu'à la bougie 24, et à son départ il peut uriner normalement.

Il néglige de continuer à se soigner et, en février 1903, à la suite d'une petite fête que le champagne égaie, fait une novelle crise de rétention qu'un sondage termine 5 ou 6 heures après.

A partir de ce moment, il est fréquemment obligé de se sonder, ses urines sont un peu troubles, mais son état général reste bon.

A nouveau des jours meilleurs reviennent, les mictions peuvent s'effectuer, toutefois les urines demeurent troubles.

Vers le 15 juillet, de la pesanteur périnéale, des douleurs anales apparaissent, ces dernières, toutefois, n'étant pas provoquées par la défécation.

Le malade reste 47 jours couché. Le médecin qui le visite lui ordonne des cataplasmes laudanisés et lui fait quelques

injections au permanganate ; la sonde devient à nouveau nécessaire, mais l'état général se maintient satisfaisant.

A la fin d'août, du pus étant apparu dans le canal et dans les urines, le toucher ayant été pratiqué, le malade se présente le 29 à la consultation et rentre dans le service.

Les urines sont sales et fétides ; les mictions très douloureuses surviennent tous les quarts d'heure.

Le toucher rectal peu pénible montre une prostate volumineuse ; un empâtement très considérable, surtout à sa partie supérieure, rend sa limitation impossible, en haut particulièrement.

L'état général est précaire et l'aspect cachectique pourrait, au premier abord, faire soupçonner un néoplasme.

Dès son entrée, la sonde est placée à demeure ; la température est de 37°8 ; le lendemain, le toucher est à nouveau pratiqué, le diagnostic d'abcès de la prostate et de périprostatite posé ; toutefois, la température étant redescendue à 37°2, le drainage vésical étant assuré par la sonde à demeure, le malade se trouvant mieux, le toucher rectal ne décélant nulle part à la périphérie de point ramolli, une vaste place est donnée à la cystite, à la prostatite, et la réaction du tissu cellulaire ne semble pas en avoir provoqué la suppuration.

Le 31 au soir la température monte à 39°6, mais le lendemain elle est de 37°2, et rien n'est changé localement. Quatre ou cinq jours après, la quantité de pus semble plus grande dans les urines, et le toucher rectal pratiqué à nouveau, nous montre les choses sous un aspect nouveau : la masse glandulaire et périglandulaire est considérablement diminuée ; en déprimant avec l'index la paroi rectale antérieure, on enfonce facilement la partie inférieure de la masse, mais à la partie

supérieure les changements sont moins grands, l'induration est peu réduite.

Comptant dès lors sur cette évacuation spontanée d'une loge prostatique purulente et sur le drainage uréthral, nous pensons voir une amélioration sensible se manifester et les lavages réguliers deux fois par jour au nitrate d'argent sont continués ; toutefois, les deux ou trois jours suivants, il n'y a qu'une amélioration légère mais, si l'état général se modifie peu, les urines deviennent moins fétides et plus claires.

Le 9, la température remonte à 38°2 le soir et, malgré l'amélioration des symptômes fonctionnels, les signes physiques persistent et l'état général demeure le même.

Le 17, la température étant encore de 38°6 le soir, l'intervention est décidée, et la périnéotomie pratiquée le lendemain.

Nous faisons donc l'incision prérectale usitée, mais après la section du raphé fibreux en arrière du bulbe, puis du petit muscle recto-uréthral nous ébauchons difficilement par la pression l'espace décollable, il faut s'aider du bistouri et rompre avec le doigt des adhérences d'où un écoulement sanguin considérable et l'obligation de procéder à un véritable décollement de la paroi rectale antérieure ; ce n'est qu'à la partie supérieure de la prostate que nous ouvrons un foyer volumineux situé derrière la vessie et les vésicules, donnant issue à une grande quantité d'un liquide séro-purulent et noirâtre, entraînant des plaques larges et nombreuses de tissu sphacélé et dégageant une odeur nauséabonde.

Les brides rencontrées dans la cavité, sont détruites avec le doigt, les tissus friables sont effondrés sur les côtés du col vésical et l'on pénètre dans de profonds diverticules latéraux et médian, comme pour entrer dans la vessie.

Un grand lavage de deux litres à l'eau oxygénée est pratiqué, ce qui nous permet en même temps de désinfecter la cavité, d'entraîner des lambeaux sphacélés et de faire l'hémostase ; nous restons alors en présence d'une prostate grosse, couverte de fausses membranes ; nous ne trouvons pas sur sa race postérieure en haut d'orifice communiquant avec la cavité de l'abcès et incisions transversalement la glande qui contient encore du pus ; la plaie est drainée largement et tamponnée.

Le lendemain, la température descend à 37°4 mais elle remonte les jours suivants, et l'état général reste sensiblement le même.

On lave régulièrement deux fois par jour la poche à l'eau oxygénée et l'on retire chaque fois des débris sphacélés.

Les urines sont plus claires et moins fétides.

Vers la fin du mois, l'état local reste le même, mais le malade s'affaiblit de plus en plus, mange peu, le sérum est employé régulièrement.

Le 10 octobre paraît de l'œdème du scrotum, le 11 au matin, l'on peut constater une tuméfaction sus-pubienne rougeâtre tendue, que mon collègue M. Villaret et moi incisons ; un liquide noirâtre et fétide en sort ; l'on suit facilement avec le doigt la symphyse pubienne, puis passant de chaque côté du ligament suspenseur l'on contourne l'urètgre.

Le scrotum est incisé également sur le raphé.

Les jours suivants l'état général continue à s'aggraver, le 19 au matin, on change très difficilement la sonde à demeure, il faut véritablement chercher le bout postérieur, une partie du canal s'est sphacélée.

Le 16, le malade veut partir de l'hôpital et sa famille préfère le voir mourir chez lui.

OBSERVATION XX

Abcès de la prostate chez un rétréci, ayant eu une uréthrotomie interne ; première incision ; abcès périprostato-vésical ; deuxième périnéotomie.

Le 16 octobre, arrivait à la consultation de la Terrasse, un ancien malade du service que nous recevions à l'hôpital.

Cet homme âgé de 42 ans, eut à 20 ans, une blennorrhagie ; il en conserva longtemps une uréthrite postérieure, puis eut un rétrécissement dont il ne s'inquiéta pas plus, jusqu'au moment où une infiltration d'urine le conduisit à l'hôpital Beaujon où il fut incisé en avril 1902.

Une fois sorti il cesse tout traitement. et en juin 1902, les difficultés des mictions l'amènent à Necker ; on lui passe un filiforme puis on fait l'uréthrotomie interne. Quoique surabondamment prévenu, il néglige une fois parti de venir se faire dilater, et en avril 1903, des accidents identiques auxquels se joint un peu de cystite le reprennent.

Le 1er juillet, il se décide à revenir, une filiforme seule peut être passée, il entre à l'hôpital, les urines sont sales, l'état général mauvais, son rétrécissement peut se dilater jusqu'au 11..., mais au cours de son séjour, le malade voit du pus couler par sa verge, sa prostate est grosse, empâtée. L'incision est pratiquée et nous n'y trouvons qu'une petite quantité de pus, le reste ayant été évacué par l'urèthre.

Le malade sort le 25 juillet, il néglige de se faire dilater, la

cystite reparaît et le 16 octobre, quand il revient, nous constatons en plus de son rétrécissement, une très volumineuse masse prostatique et péri-prostato-vésical, applatissant le rectum sur le squelette; on ne peut en atteindre les limites supérieures. Par quelques pressions nous faisons sourdre un peut de pus au méat, l'état général est mauvais.

M. Villaret et moi pratiquons d'urgence l'incision périnéale, l'espace décollable est à peine ébauché; le doigt détruit des adhérences nombreuses d'ou un écoulement de sang très abondant. Il faut décoller la face antérieure du rectum et nous sommes arrivés presqu'à bout de doigt sans trouver autre chose que ces adhérences très vasculaires et qu'une prostate très grosse ; loin de nous décourager guidés du reste par une odeur infecte qui commence à se dégager, nous poussons le plus loin possible, et donnons issue à une sérosité purulente et fétide qui s'échappe avec force.

Les différents coins de la poche sont visités, la face, le doigt introduit dans les diverticules latéraux et médian ; la prostate n'offre aucun orifice, son incision montre qu'elle contient encore du pus.

Le tout est largement drainé.

Les jours suivants, le malade est sensiblement mieux et son état nous permet d'espérer une évolution favorable.

CONCLUSIONS

S'il est généralement assez facile de diagnostiquer un abcès de la prostate, il est par contre très difficile, dans la majorité des cas, de pouvoir en indiquer les limites précises, ou d'en fixer le volume exact.

D'une façon générale, les abcès de la prostate sont beaucoup plus volumineux qu'on ne pourrait le croire, même après un examen approfondi.

Tout abcès diagnostiqué doit être ouvert dès que le pus est collecté. L'opportunité de l'intervention ne prête à discussion que dans les petits abcès para-uréthraux ou dans les formes miliaires de la prostatite suppurée.

L'ouverture des abcès de la prostate par la voie périnéale est la méthode de choix.

La technique opératoire doit être réglée par la recherche des points de repères chirurgicaux du périnée.

Il faut isoler le bulbe, en traversant le noyau fibreux central du périnée ; récliner le bulbe en haut et en avant ; sectionner les faisceaux musculaires recto-uréthraux et décoller, largement et jusqu'à sa base, la prostate de la paroi rectale, de façon à ouvrir d'emblée les abcès rétroprostatiques et à pouvoir inciser directement les lobes de la glande mis à nu. Il faut en un mot procéder comme pour une prostatectomie.

L'ouverture périnéale doit être maintenue largement béante, si on veut obtenir une guérison rapide et complète, par cicatrisation de la profondeur aux plans superficiels.

Vu : le Doyen,
DEBOVE.

Vu : Le Président de la Thèse
F. GUYON

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Article « Abcès de la prostate ». *Traité de Chirurgie*. LE DENTU ET DELBET, t. IX.

ALBARRAN. — La prostatectomie périnéale. *V^e Session Assoc. franç. d'Urol.* Paris, 1901, p. 334.

BAZY. — Abcès de la fosse iliaque consécutif à des lésions prostatites. *Mercredi méd.*, 22 mars 1893.

BLANQUINQUE — *Thèse*. Paris, 1902.

CAMPENON et JULIEN. — Article « Prostate » du *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXIX, 1880, p. 583.

CASPER. — Prostata abcess, phlegmonöse Periprostatitis und Phlebitis paraprostatica. *Berlin Klin. Woch.*, 1895, p. 455 et 478.

CHASSAIGNAC. — Article « Abcès à l'anus » du *dict.* DECHAMBRE. Paris, 1870.

COLLINET. — Abcès prostatite. *Arch. de méd. et de pharm. milit.* 1888.

COTTET. — Prostatite suppurée à gonocoques. 3^e session, *Ass. franç. d'Urol.* 1898.

COTTET et DUVAL. — Note sur un cas de suppuration prost. et périprost. *Annales gén. ur.*, 1900, p. 280.

DESNOS. — Article « Prostatite » *in Dict. encycl. des Sc. méd.* 1889.

DESNOS. — Phlegmon périprostatite ; foyer anormal. *Union méd.*, 1888, p. 649.

DESNOS. — Kyste de la prostate. *Bull. de la Soc. Anat.* 1888, p 172.

DESNOS. — Abcès latents de la prostate. *IV^e Session de l'Ass. franç. d'Urol.* Paris. 1899, p. 332.

DESNOS. — V. KIRMISSON et DESNOS.

ESCAT. — Infiltrations d'urine et périuréthrites. *Ann. gén. ur.* 1898.

GUIARD. — Traitement des suppurations de la prostate par la ponction, etc. *Ann. gén. ur.*, 1899.

GUILAIN. — *Thèse*, Paris, 1885.

GUYON. — *Leçons clin. sur les mal. des voies urin*, 1903.

GUYON. — *Leçons clin. sur les aff. chir. de la vessie et de la prostate.* Paris. 1888, p. 974.

KIRMISSON. — Abcès de la prostate ayant déterminé un rétrécissement du rectum. *Gaz. de Paris*, 1887.

KIRMISSON et DESNOS. — De la transformation fibreuse des tissus périprostatites. Rétrécissements du rectum consécutifs. *Ann. gén. ur.*, 1889, p. 72.

LAFONT. — *Thèse*, Paris, 1895.

LAMOTE. — *Thèse*, Toulouse, 1900.

LOZÉ. — *Thèse*, Paris, 1897.

MAYET. — Prostatite glandulaire suppurée. *Ann. gén. ur.*, 1896, p. 193.

MINET. — *Thèse*. Paris, 1901.

MONOD et VANVERTS. — *Traité de technique opératoire*, T. II, p. 686 Paris, 1902.

PASTEAU. — *Thèse*, Paris, 1898.

PETIT. — *Thèse*, Paris, 1902.

PROUST et GOSSET. — *Ann. gén. ur* , 1900, p. 35.

PROUST. — *Thèse*, Paris, 1900.

PROUST. — La prostatectomie et la position périnéale inversée ; *Presse méd.*, n° 87, 30 oct. 1901.

PROUST. — Technique de l'incision prérectale ; *Press. méd.*, n° 83, 15 oct. 1902.

PROUST. — Manuel de la prostatectomie périnéale pour hypertrophie ; C. Naud, Paris, 1903.

ROUTIER. — Causes et traitement des abcès chauds de la prostate ; *Presse méd.*, 1900, t. I, p. 79 et *Semaine méd.*, 5 déc. 1894.

SEGOND. — *Thèse*, Paris, 1880.

SEGOND. — Des avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatites et périprostatites *Bull. et mém. de Soc. Chir.*, 1885.

TUFFIER. — Infection généralisée à staphylocoque doré avec abcès prostatite ; *Revue de Chir.*, 1895.

VIGNARD. — *Thèse*, Paris, 1890,

ZUKERKANDL. — Uber die perineale Blosslegung der Prostata und der hinteren Blasenwand, *in Wiener med. Press*, 1889, n° 21 et 22, *Centr. f. Chir.*, 1889, p. 589.

Imprim. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.